Women's Health Strategy

Table of Contents

Message from the Minister

I Introduction

Recognizing the Issues
Progress to Date
Canada's Commitments to Women's Health
The Women's Health Strategy: Health Canada's Response
Health Canada and the Women's Health Bureau
A Changing Environment

II Why the Need for a Women's Health Strategy?
The Distinct Nature of Women's Health Issues

1. Causes of death among women
2. Diseases and conditions of women and how they experience them
3. Women's quality of life
4. Risk factors and their consequences for women
5. Gender as a determinant of health
6. Biases in the Health System

III What is the Women's Health Strategy?

Objective 1 To ensure that Health Canada's policies and programs are responsive to sex and gender differences and to women's health needs
Objective 2 To increase knowledge and understanding of women's health and women's health needs

Objective 3 To support the provision of effective health services to women
Objective 4 To promote good health through preventive measures and the reduction of risk factors that most imperil the health of women

IV Conclusion
Glossary
Endnotes

Message from the Minister

In recent years, the need to enhance the sensitivity of the health system to women's health issues has gained increasing recognition. Also evident has been the need for more research, particularly on the links between women's health and their social and economic circumstances.

These issues are echoed in the *Platform for Action*, the document adopted by Canada and 188 other nations at the close of the Fourth United Nations World Conference on Women, in September 1995. These messages were delivered clearly in August 1996 by the 300 participants at the bi-national Forum on Women's Health, which was co-hosted by Health Canada and the U.S. Department of Health and Human Services.

In its final report, the National Forum on Health also observed that the health system must pay more attention to the factors which influence women's health and be more responsive to the distinct needs of women.

In response, I am pleased to release *Health Canada's Women's Health Strategy*. This document is a framework to guide Health Canada in furthering the work it has already undertaken over the years. As part of the *Strategy*, I have undertaken to fully integrate gender-based analysis in all of my Department's program and policy development work. Two important pillars of the *Strategy* — funded by Health Canada — are the Canadian Women's Health Network and the five Centres of Excellence for Women's Health. The *Strategy* invites collaboration with other federal departments, in accordance with the considerable role that social and economic factors play in determining health.

The 1999 Budget signalled a new era of commitment by the federal government to the long term sustainability of Canada's health system. This *Strategy* is a significant component of our Government's health agenda and a reflection of our resolve to improve the health status of women in Canada.

Allan Rock
March 1999

Health Canada's mission is to help the people of Canada maintain and improve their health. Throughout their lives — as children, in middle adulthood and as seniors — women face life conditions and health issues specific to their biology and social circumstances. The Women's Health Strategy is designed to identify and address these issues by ensuring that in all of Health Canada's areas of responsibility, women and women's health issues will be given full consideration.

I Introduction

This document sets out *Health Canada's Women's Health Strategy* and the rationale for it. It reviews some of the ways in which the health system has failed to respond adequately to women's health needs and concerns. It highlights issues surrounding causes of death among women, their illnesses and life conditions, quality of life and the social and economic factors that influence their health. Finally, it outlines a broad range of areas where Departmental actions can address these issues. The document refers to a number of concepts and terms central to understanding Health Canada's current approach, the *Strategy* itself and the analysis which underpins it. A glossary of the main terms appears on page 35.

Recognizing the Issues

Canadians are among the healthiest people in the world and the life expectancy of Canadian women is one of the highest. Nonetheless, our health system has not always understood the factors which influence the health status of women nor has it addressed women's issues concerning research, education, leadership and health interventions. Gender bias has affected women as users of the health system and as paid and unpaid health care providers.

> *Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity. Women's health involves their emotional, social and physical well-being and is determined by the social, political and economic context of their lives, as well as by biology (para. 89).*
>
> **U.N. Platform for Action**
> **Beijing, 1995**

Progress to Date

In recent decades, Health Canada, its agencies and the health system as a whole, have made significant contributions to the advancement of women's health in areas such as breast cancer, tobacco use, substance abuse, HIV/AIDS, and reproductive and genetic technologies, to name but a few. In September 1996, Health Canada revised its regulatory guidelines to require that drug companies also include women in clinical trials, in the same proportion as are expected to use the drug. This will help resolve the problem of findings being generalized to women, based on research conducted only on male subjects. The National Health Research Development Program has cited women's health as a priority. These are but a few examples of Health Canada's dedication to women's health.

While these are important accomplishments, much remains to

be done. The Department is conscious of the need to build on recent progress and to further a women's health agenda. Thus, it has identified women's health as a priority and has developed a strategy to begin responding to women's health concerns.

Canada's Commitments to Women's Health

This *Women's Health Strategy* supports the global recognition that the health system should accord women and men equal "treatment," in every sense of the word, and should strive to attain equitable outcomes for both. Canada affirmed this when it adopted the *Platform for Action*, the concluding document of the Fourth United Nations World Conference on Women, held in Beijing in 1995.

Prior to the Beijing Conference, the U.N. invited countries to develop national action plans to further advance the status of women. In response, the federal government released its *Federal Plan for Gender Equality* in August 1995. Chapter 3 of the *Plan*, "Improving the Health and Well-being of Women," discussed issues pertinent to the health situation of women in Canada and committed to the implementation of a women's health strategy.

The Women's Health Strategy: Health Canada's Response

The *Women's Health Strategy* provides a framework for Health Canada to meet the health challenges of today and tomorrow for half of Canada's population. It conforms with the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women; and with the principles of the *Beijing Platform* and the *Federal Plan*: all aspects of women's lives — their health, social conditions, economic and legal status — interact and influence their well-being. While the *Strategy* focuses primarily on the health system, Health Canada will work with other departments to promote a holistic, multi-sectoral approach to health and social policy development.

> *State parties shall take all appropriate measures to eliminate the discrimination against women in the field of health care in order to ensure, on a basis of equality of men and women, access to health services, including those related to family planning.*
> **Article 12, Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women**

The *Strategy* takes up an important challenge advanced in the *Platform* and the *Federal Plan*: it promises that Health Canada will integrate gender into all its programs and policies by conducting gender-based analysis (see Glossary).

The overarching goal of the *Women's Health Strategy* is to

improve the health of women in Canada by making the health system more responsive to women and women's health. Four objectives will support this goal:

1. **Ensure that Health Canada policies and programs are responsive to sex and gender differences* and to women's health needs.**

2. **Increase knowledge and understanding of women's health and women's health needs.**

3. **Support the provision of effective health services to women.**

4. **Promote good health through preventive measures and the reduction of risk factors that most imperil the health of women.**

*** See Glossary for definitions of "sex" and "gender" differences. Recognizing the distinct needs and concerns of women and coming to terms with the biases of the health system requires understanding the two dimensions that distinguish women and men: biology and social attributes.**

Health Canada and the Women's Health Bureau

Health Canada's mission is to help Canadians maintain and improve their health by providing leadership, developing policy, conducting or supporting internal and external research, collecting data, undertaking surveillance, acting as a regulatory body, promoting health, preventing disease and providing and funding direct services to First Nations and Inuit. These mandated areas of responsibility are the avenues for implementing the *Women's Health Strategy*.

The *Strategy* will be implemented within the context of Health Canada's approach to policy and program development — a population health approach (see Glossary). This approach concerns itself with the entire population or large sub-groups and rests on a body of research demonstrating that a combination of personal, social and economic factors, in addition to health services, plays an important role in achieving and maintaining health.

As part of the population health framework, Health Canada's programs and policies consider three life stages: childhood and adolescence, early to mid-adulthood and later life. Sex and gender considerations will be integrated within each of these life stages. For example, Health Canada's contribution to the National Children's Agenda and to programs for seniors will be informed by these considerations.

The Women's Health Bureau will coordinate the *Strategy* within Health Canada. It will monitor current and emerging issues and ensure that the *Strategy* remains relevant over the years. The Bureau will play an especially active role in fulfilling Objective 1 of the *Strategy*, as part of its mandate to ensure that gender considerations are addressed in all departmental programs and policies. It will initiate projects to enhance its policy development and monitoring function and help Health Canada move closer to achieving gender equality in all its work.

The Bureau supports five Centres of Excellence for Women's Health as well as the Canadian Women's Health Network. The policy development work of the Bureau is being informed by new knowledge generated by the Centres and by other research and health information sources, as outlined in Objective 2 of the *Strategy*. The Bureau will work with all program and policy sections of the Department to advance measures that will fulfil Objectives 3 and 4.

Women are not a homogeneous group. Disability, race, ethnocultural background and sexual orientation have varying influences on women's health and on their interactions with the health system. The *Strategy* will be sensitive to these issues of diversity. For example, several of the five federally funded Centres of Excellence for Women's Health are focusing on health issues of concern to immigrant and refugee women, Aboriginal women, women on low incomes and rural women.

A Changing Environment

Health care systems all across Canada have been undergoing significant reform and restructuring. As documented in the Final Report of the National Forum on Health, while the pattern and pace of change varies, health reform in general is motivated by a mix of fiscal pressure to contain health spending and awareness that the system is in need of significant modernization. Many features characterize our rapidly changing health care environment: reduced dependence on large health care institutions, the devolution of decision making to new regional and community structures, shorter hospital stays and greater reliance on care in the home, alternatives to fee-for-service as methods of compensating physicians, the advent of new classes of health care providers (e.g., midwives and nurse practitioners), increased emphasis on preventive measures, and the drive for efficiency — be it at the clinical or broad health system level.

In infancy and childhood, girls use fewer health services than boys. But once beyond childhood, Canadian women make

greater use of a wide array of health services. Changes in our health care system will, therefore, have a significant impact on women. Reform and modernization of the health system will be positive if it means that fewer women will be subjected to unnecessary or ineffective interventions or drugs, that they will have access to better preventive medicine, to midwives and to quality care in their own home. But, if women find that access to important services is limited, or that the net effect of an increased reliance on home care simply means that women assume the greater burden of family caregiving for long-term rehabilitation or chronically ill family members, then the impact of health reform will be less positive.

Rapid changes in electronic technology are influencing the health system at many levels. The development and linking of data banks containing personal health information, the provision of treatment via tele-medicine and the reliance on the Internet for health information are significant trends. These have different implications for women and men, who neither view nor utilize health information similarly nor have equal access to it. As we enter this new world of health information technology, we must ensure that women and men benefit equally.

Other important changes on the health landscape include increasing consumer attention to, and use of complementary and alternative health practices and therapies, changing demographics marked by an aging and increasingly pluralistic society, and the globalization of trade with its effect on the health sector. All these societal changes, when viewed through a gender lens, reveal different pictures for women and for men.

II Why the Need for a Women's Health Strategy?

Only recently have health policy makers and health service providers acknowledged in a tangible way the extent to which social, economic and cultural factors influence health. Similarly, our health system has been slow to recognize that sex and gender are other significant determinants of health. For many years, a burgeoning women's health movement called attention to biases in the health system. At first, the sense that the system was failing women was intuitive and personal. Over time, awareness grew that shortfalls in the system were more pervasive and required a comprehensive response — including changes in attitude and practice.

The *Women's Health Strategy* has been developed to (1)

promote understanding of the distinct nature of women's health issues; and (2) address the biases and insensitivities of the health system to women and their issues.

The Distinct Nature of Women's Health Issues

The *Women's Health Strategy* underscores the recognition that in questions of health, it matters whether you are a woman or a man. Drawing on some commonly accepted examples, these differences are discussed below, in areas such as: patterns of illness, disease and mortality; the way women and men *experience* illness; their interactions with the health system; the effects of risk factors on women's and men's well-being and the social, cultural, economic and personal determinants of health, which are significantly affected by gender differences. Shedding more light on these issues and seeking gender-appropriate measures to respond are prime reasons for the *Women's Health Strategy*.

1. Causes of death among women

Women outlive men by six years[1] and the death rate is higher among men than women in all age groups, especially between the ages of 20 and 44, where their likelihood of dying is more than twice that of women.[2] These differences are mostly attributable to men dying from "external" causes, especially motor vehicle accidents and suicide.

However, there is a reversal in these statistics when it comes to *cancer* deaths in the age group 20-44: women in the prime of life are dying in greater numbers than men. In projections of cancer-related deaths for 1998, women in the age group 30-39, for instance, have a death rate that is one and a half times that of men. In the age group 40-49, their death rate attributable to cancer is one third higher.[3] These deaths are primarily due to breast cancer, the causes of which are still largely unknown.

As well, women continue to die from largely *preventable* conditions such as cervical cancer. Unprecedented numbers are now dying from lung cancer, another preventable disease. In 1994, for the first time, lung cancer surpassed breast cancer as the leading cancer killer of women.[4] While the incidence of breast cancer is lower among black women, they tend to die from the disease in greater numbers than white women, pointing to the need for attention to diversity.

Mortality is not the only significant health indicator when considering differences between women and men. Despite women's life expectancy of nearly 81 years,[5] their later life is

often characterized by isolation, disability and health problems.

> *Although living 6.3 years longer than men, women only enjoy 1.5 more disability-free years of life (p. 27).*
> **Report on the Health of Canadians, September 1996**
>
> *At greater risk are women with low levels of education, low income, and low control over their work environment. These women are more likely to smoke and to be both sedentary and obese. As well, visible minority women are also more at risk, notably South-Asian and Black women.*
> **Women, Heart Disease and Stroke in Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada, 1997**

2. Diseases and conditions of women and how they experience them

The health sector has paid a great deal of attention to the reproductive system of women, and particularly to maternal health concerns. Important successes have been achieved in this area. However, illnesses common to both women and men have not always been understood in terms of their sex and gender-based differences and, therefore, have not been appropriately addressed by the health system.

Diseases of the heart are such an example. Prevention, diagnosis and treatment must reflect an understanding that the symptoms, the course of the illness, the effect of medications and the suitability of certain surgical procedures are different for women and men. As well, historically, in the area of heart research on new medications, women were rarely included as subjects. Cardiovascular disease (heart disease and strokes) is the major cause of death and one of the major causes of disability among women. Women themselves, when asked what illness puts them at greatest risk of death, will usually identify breast cancer,[6] without realizing that cardiovascular disease carries greater risks. This has implications for health promotion efforts.

In most age groups, women suffer more than men from chronic conditions, particularly migraines, allergies, arthritis and rheumatism. Younger women report more back and limb problems than young men.[7] Training, program development and health promotion activities must be sensitive to these differences.

One of the areas of greatest difference between women and men is their respective profiles of mental health disorders. Study after study has reported higher levels of depression among women.[8,9] Young women, in particular, are more apt to have a low self-image.[10] The rate of psychiatric hospitalization is consistently higher for women.[11] While men commit suicide

more frequently,[12] women *attempt* suicide more often but are more likely to fail in their attempts.[13] All of these observations point to gender-based differences in the way in which women and men experience and cope with stress and life events, and how they signal their distress. Recent findings on the links between stress and decreased efficiency of the immune system add further impetus to the need to address stress in the lives of both women and men, with an appreciation for gender differences.[14]

> *In accord with previous studies, the NPHS revealed a higher prevalence of depression in women than men: (7.4 versus 3.7% for men in cycle 1 (1994) and 5.5% versus 2.8% in cycle 2 (1996). Women were also more likely to experience recurring depressive episodes: nearly three out of four people (72%)...in both 1994/95 and 1996/97 were women.*
> **National Population Health Survey Overview, Statistics Canada**

Observations of mental health differences have specific implications for diagnosis and treatment. Many psychological assessment methods, including history taking, have not been constructed to fairly capture and adjust for gender differences and they often apply to women certain norms and definitions of mental health based on male standards.[15] For example, women are inevitably labelled more anxious and tense than men. The point of reference becomes important in defining what is, and what is not, pathological, and the implications for diagnosis and treatment.

Sexual and reproductive health issues are numerous and differ among women and men. While women with HIV and AIDS can experience many symptoms similar to men's, they are often faced with difficult decisions related to pregnancy and the possibility of mother-to-fetus transmission.

Although not a disease, menopause brings many physiological changes for women and places women at risk of developing cardiovascular disease or osteoporosis. These risks may be influenced by hereditary background but may also be modified by diet, smoking, daily activities and environmental factors, therefore pointing to the need for a comprehensive health strategy for these women.

3. Women's quality of life

The *Women's Health Strategy* recognizes that illness and the threat of death are not the only health-related concerns of women. Quality of life issues are important to them and can predispose them to ill health. A 1992 study by Vivienne Walters[16] revealed that 68% of women surveyed said that tiredness was their major complaint. Feeling under stress and

experiencing disturbed sleep were other related complaints.

In their adult years, many women carry a double workload. Traditionally, they have been the family members primarily responsible for maintaining the home and caring for children and ill or elderly family members. When they joined the paid labour force, they continued these domestic duties along with employment outside the home. As a result, in the 20-44 age group, the work stress index of women is much higher than that of men.[17]

The media are an influential force in the socialization of women and men. They help create unrealistic expectations about weight and appearance and subtly encourage women to attach undue importance to these. Women and men respond differently to these pressures. Women, especially young women, tend to be more negatively affected by these messages, as evidenced by widespread preoccupation with weight loss,[18] and more seriously still, by rising rates of anorexia and bulimia.[19]

Natural reproductive processes such as menses, pregnancy, childbirth and menopause may cause pain and discomfort and interfere with life events. When coupled with other sources of stress, they can bring about physical and mental distress unique to women. For many years, women's advocates have stated that women and their health concerns are too often over-medicalized (i.e., over-medicated and their conditions treated as pathological) because the health sector has difficulty distinguishing between natural processes and sickness.

4. Risk factors and their consequences for women

Health risks for women and men derive from a number of factors including active high-risk behaviour, passive behaviour that precludes or undermines health, family history and social and physical environments.

Suicides, motor vehicle accidents and other types of accidents account for more sick days away from work and cause more deaths for men than for women.[20,21] However, women and men do take risks of other kinds such as having unprotected sex which can result in STDs or unwanted pregnancies, or using drugs intravenously.

The reasons behind risk taking and the results which ensue vary according to gender. In regard to sexual behaviour, for instance, popular notions assume sexual assertiveness among males and relative passivity among females. Women are

generally regarded as responsible for contraception but may sometimes face barriers in negotiating safer sex with a male partner. This is a factor of relevance, for example, in understanding the transmission of HIV in women. In light of recent statistics indicating that the rate of HIV among women who are tested is increasing,[22] we must improve our knowledge of the dynamics of women's high-risk behaviours. These behaviours are sometimes gender-specific and are changing as women's social roles and status in society evolve.

The teen pregnancy rate peaked in 1974, declined in the mid-eighties but is creeping up again particularly in the under age 15 group, where it has gone from 3.9 per 1,000 in 1987 to 5.1 in 1993 (p. 18).
Reproductive Health: Pregnancies and Rates, Canada 1974-93, Table 14B, Statistics Canada, 1996

As well, women face different risks due to factors tied to their biological and social characteristics: for instance, the prevalence of osteoporosis among older women, coupled with the loss of agility and balance, result in a high number of fractures in women, often leading to severe disability or death.

Gender-based violence is another risk factor that women face, and has wide-ranging consequences for their health and the health system. A 1993 Statistics Canada study revealed that half of Canadian women are victims of physical or sexual assault as defined by the *Criminal Code* at least once beyond age 16, and are most at risk from their male partners. Dating violence, violence or sexual harassment in the workplace and by professionals in the health system and sexual assault have all been documented in recent studies, as has the enormous cost of violence to the health system.[23]

9% of females and 6% of males aged 12-14 are beginning smokers.
1996/97 NPHS Highlights, Smoking Behaviour of Canadians, Health Canada

One of the most tragic forms of high-risk behaviour for women is cigarette smoking, as evidenced in current statistics on lung cancer mortality rates for women. The rate at which adolescent girls are taking up smoking is particularly alarming.[24] This wave of new smokers bodes poorly for the health of tomorrow's women. It implies that greater knowledge and effort are required to successfully reach teens of both sexes. A better understanding of gender-based differences and effective interventions are critical to the success of these efforts.

The circumstances of some women's lives reduce their access or motivation to take preventive measures to safeguard their health. Invasive cervical cancer is commonly found in those

women who have never been screened or who are not screened regularly. The 1996/97 National Population Health Survey reports that Pap smear rates varied by socioeconomic status. Lifetime rates for women aged 18 and older ranged from 75% of those in the lowest household income group to 90% for those in the highest. Aboriginal women are over-represented in cervical cancer statistics and are a group for which special measures must be taken to improve use of known preventive measures.

Physical inactivity is also a problem. Women of all ages do not engage sufficiently in physical activity, despite its many positive effects on health. The health system must learn how to encourage healthy behaviours in women by developing approaches that take into account their values, lifestyles and roles.

Environmental and occupational risks are increasingly significant for women. Their occupations tend to expose them to lengthy periods of inactivity, especially in a sitting position, and to repetitive strain injury. As well, women may react differently than men to environmental contaminants. Current concern about the relationship of environmental toxins to breast cancer is an example.

5. Gender as a determinant of health

Health Canada and the provincial and territorial governments have committed to a health determinants approach. This approach recognizes that many factors in addition to health care determine the health status of an individual.

The 12 health determinants which Health Canada has identified are:

- income and social status;
- employment;
- education;
- social environments;
- physical environments;
- healthy child development;
- personal health practices and coping skills;
- health services;

- social support networks;
- biology and genetic endowment;
- gender; and
- culture.

> *In 1996, children in female lone-parent families were five times more likely to be in a low-income situation than those in two-parent families (60.8% of female lone-parent families had low income versus 11.8% for two-parent families).*
> **Statistics Canada, 1997**

These determinants are highly interactive. Income, employment and education, for instance, are inter-related and have implications for other determinants such as environments, child development and personal health practices.

Gender has a strong influence on all determinants. For example, wage gaps, low occupational status and poverty are common observations in any analysis of women's socio-economic status.

The lives of women seniors are more likely to be marked by poverty as a result of interruptions or non-participation in the paid labour force, or of low wages and few benefits.[25]

Medicare provides universal access to physicians and hospital services. However, because women, as a group, are less likely to be employed full-time, they are less likely to have access to uninsured services such as drugs.

> *In 1993, the majority (56%) of senior women living alone or with unrelated persons, had low incomes. This compared with 38% of unattached senior men (p. 85).*
> **Women in Canada, Third Edition, Statistics Canada, 1996**

6. Biases in the Health System

The health system, not unlike society at large, tends to type-cast women and men based on longstanding traditional roles and attitudes. This has affected women both as users of the health care system and as caregivers, and has occurred in four ways: (1) a **narrowness of focus**; (2) ignoring or circumventing women — an **exclusion** that translates into reduced access to resources; and under-representation in, or absence from, governance, research and education materials; (3) **treating women the same way** as men when it is inappropriate to do

so; or (4) **treating them differently** when it is not appropriate:

Narrowness of focus

- Society and biology ascribe to women the traditional role of mother and child-bearer. The health system has reflected this reality through its historical preoccupation with the reproductive system and especially with maternity. While benefits have accrued in that Canada has one of the world's lowest rates of infant and maternal mortality,[26,27] women's health extends beyond reproduction. The conventional way in which medicine has been practised, in contrast to a holistic approach, is another example of a narrow perspective.

- Narrowness of focus is also manifested in the reluctance of the health system to view health as more than an absence of illness and health system interventions as more than medical or surgical. Some health care providers may also exhibit a narrowness of focus, for instance, by assuming all women are heterosexual, which increases the discomfort level of lesbians and can result in an avoidance of the system or treatment oversights.

Exclusion

- Women are under-represented as policy makers, decision makers and educators in many segments of the health sector. Certain groups of women are doubly disadvantaged in these respects, because of their ethnicity or their sexual orientation or because they have a disability and are less likely to be included in key roles and areas of the health system.

- Where women's representation is high within a profession, that profession tends to be less valued than one where men predominate. Generally, women are over-represented in nursing and under-represented in most fields of medical specialization – the gatekeepers and decision-making disciplines of medicine.

- In a 1994 report, the Medical Research Council's Advisory Committee on Women's Health Research Issues estimated that only 5% of the Council's research funds went specifically to women's health issues. Exclusion of women from research results in problems of validity and important data gaps.

Treating women the same way

- The health system may inappropriately treat women and men the same way. As discussed, misdiagnoses of women with heart disease occur because the expectation is that women will display the same symptoms that men display.

- Women's role in the family, as guardians of the health of family members and as primary caregivers in most instances, differentiates them from male patients and is not always recognized by health practitioners. Women often interact with the health system on behalf of their spouse, children, parents or other relatives. As such, women may need more time and attention from the health system, and attention of a different sort.

- As patients, women's early discharge from hospital can have different consequences than for men and often takes place in the absence of an understanding on the part of the health system that more women than men live alone or will return to a family situation where they are the primary executor of household duties and are likely to be without a family caregiver.

- Because health practitioners often assume that women will assert themselves as readily as men do when interacting with the health system, they do not encourage them to take part in care and treatment decisions. In focus groups on women's health, participants stated that they "wanted to make their own choices regarding medical controls, tubal ligation and their reproductive abilities, irrespective of age."[28]

- In some instances, treatment programs will assemble members from both sexes in a single group program despite the fact that women may have had different life experiences that cause them to feel overwhelmed or threatened in a mixed environment.

Treating women differently

- Public education messages designed to prevent unwanted pregnancies have reinforced prevailing attitudes that place most of the burden of responsibility on young women. It would be more appropriate and effective to target both women and men.

- Women have long reported that health care providers talk down to them and trivialize their complaints. As previously mentioned, the health system also has conferred on women's health processes a pathological status in situations where life conditions were natural.

- The biases of the health system affect not only users of services but also paid and unpaid caregivers. The nursing profession, which is primarily composed of women, experienced a long struggle to gain recognition both in its professional standing and its remuneration.

> *43% of Canadian women have changed doctors because they were dissatisfied with the way they were being treated. Four of the six most frequent reasons were related to the "doctor's attitude".* **Women's College Hospital Health Survey, March 1995**

The *Women's Health Strategy* will seek to address these biases and inequities by encouraging a focus beyond maternity; by promoting greater participation of women in decision making; by shedding more light on the biological and social differences that explain when and why women and men ought not to be treated similarly, and proposing improvements; and by encouraging more comparable or similar treatment when warranted.

It should be noted that both women and men can be negatively affected by the health system. The implementation of the *Women's Health Strategy* does not minimize the difficulties that men may experience, or negate the fact that they too have health concerns specific to their biological and social circumstances.

The next section of the document highlights the main components of the *Women's Health Strategy*. The *Strategy*, in its totality, responds to health status issues that most critically affect women, to the limited role of women in decision making and to research and education gaps. It proposes processes and methodologies for ensuring that these areas become sensitive to the sex- and gender-specific needs of women.

III What is Health Canada's Women's Health Strategy?

The *Women's Health Strategy* is an integrated framework for addressing major women's health issues. It consolidates Health Canada's current and new initiatives. The *Strategy* has seven main attributes: it is balanced, respectful of diversity, egalitarian, evidence-based, coherent, multi-sectoral and incremental.

The goal of the Women's Health Strategy is to improve the health of women in Canada by enhancing the responsiveness of the health system to women and women's health.

To meet its goal, the Strategy is organized around four main objectives which are intended to bring about changes to the way Health Canada discharges its major responsibilities: its leadership, networking and coordination roles; policy development; research, surveillance and data collection activities; regulatory functions; direct service delivery; and its work to promote health and prevent disease.

Balance will be respected in that the *Strategy* will focus on all age groups; on bio-medical and social aspects of health; on policy and program elements; on individual and population health issues; and on women as users of health care as well as caregivers, paid and unpaid.

Diversity among women and the fact that they are not a homogeneous group is recognized. Health Canada is sensitive to ethnocultural heritage, sexual orientation, level of ability and demographic characteristics that alter women's experience of health and their interactions with the health system.

The *Strategy* is premised on an *egalitarian* relationship between the user and the provider of services and recognizes women and men as equal partners in the development of policy, research and services.

The *Strategy* will be *evidence-based*, informed by concerns identified by women and the health system and by data and research findings which shed light on the differences between women's and men's health concerns.

Strategies developed for women and analysis of issues in one area must connect with strategies and analysis in others; each can benefit from the other, thus ensuring that the *Strategy* is *coherent*.

The *Strategy* will be *multi-sectoral*, recognizing that social and economic factors play an important part in securing and maintaining health and that the involvement of partners from many areas in both the governmental and non-governmental sectors is essential.

Finally, the *Strategy* will be *incremental*. It will adapt to emerging issues and new knowledge.

The *Strategy* is primarily focused on Health Canada's policies and programs and on pursuing activities within Canada. However, Health Canada will, from time to time, work in

partnership with other countries and international organizations, on matters of common interest that advance the women's health agenda at home and globally.

The following pages set out the four objectives of the *Strategy* and identify some of the key activities that will be undertaken to fulfil them.

Objective 1: ***To ensure that Health Canada's policies and programs are responsive to sex and gender differences and to women's health needs***

> *The federal government is committed ... to ensuring that all future legislation and policies include, where appropriate, an analysis of the potential for different impacts on women and men (p. 17).*
> **Setting the Stage for the Next Century: The Federal Plan for Gender Equality, 1995**

Once attained, Objective 1 would result in the Department having fully integrated gender into its day-to-day operations. It represents Health Canada's commitment to doing business in a way that is sensitive to women's health needs and concerns. To support this process, a number of steps will be taken:

1.1 In keeping with the commitment in the *Federal Plan for Gender Equality*, Health Canada will, as a matter of standard practice, apply gender-based analysis to programs and policies in the areas of health system modernization, population health, risk management, direct services and research.

1.2 Tools, methods and training material will be developed to assist in implementing these gender impact assessments across the Department and to orient senior managers to the requirements of this practice.

1.3 Women's health issues will be taken into consideration in the annual planning exercises of the Department.

1.4 A gender perspective will inform Health Canada's approach to ethical issues and consideration will be given to those of particular concern to women.

1.5 The inclusion of gender considerations and differential impact will be one of the criteria when assessing research and demonstration proposals for which Health Canada funding is being sought.

1.6 Boards or advisory bodies which fall under the purview of the Minister of Health will be encouraged to seek equal representation of women and men and the inclusion of persons

who are knowledgeable and sensitive to gender and diversity issues.

1.7 Women's organizations and health organizations interested in women's health will be consulted on key policy files.

1.8 A plan will be developed to mobilize interdepartmental collaboration in identifying objectives and initiatives that will address socio-economic issues of women related to health.

1.9 Gender considerations will be addressed in departmental work on children, to ensure that the distinct issues of girls and boys will be taken into consideration in policies and programs.

1.10 Gender considerations will be addressed in departmental work on the health and health system impacts of aging.

1.11 Gender analysis of Health Canada's legal work, including legal advice, litigation, legal policy and legislation, will be carried out by the Legal Services Unit, supported by the Unit's Gender Equality Specialist who is designated by Justice Canada.

Objective 2: *To increase knowledge and understanding of women's health and women's health needs*

The *Women's Health Strategy* will be evidence-based. Health Canada plays a significant role in the collection and analysis of data and the support of a number of research programs and activities. The Strategy will make this research more relevant to women's health concerns. Findings will be widely shared, in simple and straightforward language. Objective 2 will be supported by the following:

2.1 The five Centres of Excellence for Women's Health will continue to generate and synthesize new knowledge about women's health, particularly in respect to the determinants of health, for the purposes of informing the policy process.

2.2 The impact on women and women's health of health reform and restructuring will be a prime focus of research conducted by the Centres of Excellence for Women's Health.

2.3 A federal research plan on women's health will be developed to guide and help coordinate priority-setting among federally funded research programs. Women's health issues will be promoted in the further development of the Canadian Institutes of Health Research concept. A National Advisory Group will help guide the work of the Centres and the Women's Health Bureau with respect to women's health research.

2.4 The Women's Health Bureau will continue to support the Canadian Women's Health Network (CWHN), which represents over 70 organizations based in all provinces and territories. It will provide a communications infrastructure for women's health in Canada.

2.5 The Canada-U.S.A. Program of Cooperation's two jcint initiatives on Research and on Clearinghouses/ Information Networks will, respectively, build the capacity for Canada and the United States to share women's health research and research findings and link the CWHN and the U.S. National Women's Health Information Centre.

2.6 Comprehensive health status and utilization indicators will be developed to capture age, sex and gender differences and to reflect the 12 health determinants recognized by Health Canada. The Women's Health Bureau will work with health data collection agencies, including the Canadian Institute for Health Information (CIHI), to address gender biases in methodology and gaps in the data. A women's health report will be released every four years.

2.7 The Women in Clinical Trials policy announced in September 1996 will be monitored.

2.8 Through the renewed Family Violence Initiative, Health Canada will continue to support research related to the health consequences of violence against women. The results of these studies will be disseminated by the National Clearinghouse on Family Violence.

2.9 Via the Canadian Health Services Research Foundation, the Nurses Using Research and Service Evaluations (NURSE) Fund will support research on nursing, a health profession comprised predominantly of women.

2.10 The Canadian Health Services Research Foundation, designed to provide substantial new resources for health services research in Canada, will be encouraged to place a high priority on women's health issues.

2.11 In-depth research on high priority women's health issues will be supported, e.g., the causes of breast cancer including environmental concerns; chronic illnesses; mental health, including self-esteem of the girl child; and barriers to the utilization of services such as diversity and socio-economic issues.

2.12 Research in the area of complementary and alternative

health care will be accelerated, including evaluating the risks and benefits of alternative health care providers.

2.13 In establishing the Centres of Excellence for Children's Health and Well-being, Health Canada will ensure that gender considerations are addressed.

Objective 3: *To support the provision of effective health services to women*

Health Canada has a role to play in supporting groups and jurisdictions that have direct responsibility for the delivery of health services. The Department is responsible for interpreting and enforcing the *Canada Health Act* whose principles constitute the framework for Canada's publicly financed health care system. In addition to strengthening knowledge, as outlined in Objective 2, the federal government provides leadership and support for the development of public awareness, health practices and educational aids. It also delivers or funds health services for First Nations and Inuit. The *Women's Health Strategy* will encourage and promote a wide range of activities in these areas:

3.1 The Government's commitment to interpreting and enforcing the *Canada Health Act* will consider the particular needs of women by ensuring that gender impacts of policy interpretations or changes are fully assessed.

3.2 Gender impact analysis will inform Health Canada's contribution to the development of health system accountability frameworks.

3.3 Health Canada initiatives in support of health system modernization and expansion will include a gender impact assessment.

3.4 Attention will be given to issues of access, including health services for women who are under-served because of social, geographical or economic barriers.

3.5 Model tools will be developed to assist educators, service providers and planners to conduct a gender analysis of their work.

3.6 Alternative methods of reimbursement of health professionals aimed at reducing incentives for the inappropriate provision of services will be explored.

3.7 The effects of health system restructuring on women's roles

as paid and unpaid workers will be monitored with particular attention to the following issues: attrition, job loss, retraining, workplace environment, ability to deliver quality care, privatization and the shifting of responsibility to volunteers and relatives.

3.8 Health Canada will seek the input and participation of Aboriginal women in the development of programs to strengthen home and community care and in developing health information systems in First Nations communities.

3.9 Effective regulation of reproductive and genetic technologies that will protect women and women's dignity will be pursued. Post-market and long-term fertility drug surveillance will be further developed.

3.10 Effective post-market surveillance and adverse events monitoring systems that safeguard women's health will be implemented.

3.11 Health Canada will continue to encourage the involvement of Aboriginal women as it negotiates transfer agreements on health with First Nations, according to the federal policy on the inherent right of Aboriginal self-government.

3.12 The Canada-U.S.A. Program of Co-operation on Breast Cancer will support policy makers, researchers, service providers and advocates by encouraging the sharing of expertise and experience.

3.13 Greater attention to mental health issues as they affect women — particularly adolescents and seniors — will be intensified, given the over-representation of women in mental health statistics. Attention to eating disorders, and to assessing the importance of mental health interventions in primary care are examples of work to be conducted in this area.

3.14 Effective models of care for women seniors will be promoted to address end of life issues and over-institutionalization; and to support caregiving in the home and palliative care.

3.15 Collaboration will continue with other federal departments and health provider organizations to sensitize health and other practitioners to female genital mutilation.

3.16 Efforts will be continued to educate health care professionals and women themselves to reduce over-medicalization and over-prescribing of drugs.

3.17 In collaboration with the medical profession and other partners, evidence-based decision-making will be promoted through the increased use of tools such as the *Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*.

3.18 The development of models of best practice will be supported to better address certain issues such as violence, abortion, mental health.

3.19 Skill-building models will be developed to support increased participation of women in decision-making roles and prepare them to be effective advocates and participants on boards, committees and in the health system in general.

3.20 In follow-up to the report of the Advisory Council on Health Infostructure, departmental consultations and the ensuing response will take account of women's needs and concerns.

3.21 The Department will continue to lead and coordinate the multi-departmental Family Violence Initiative, which will maintain its emphasis on violence against women as a thematic priority.

Objective 4: ***To promote good health through preventive measures and the reduction of risk factors that most imperil the health of women***

Health Canada has a responsibility to reach individuals before they adopt health-threatening lifestyles and to assist them in avoiding high-risk situations, behaviours and products that lead to health conditions or disease. To fulfil this Objective, *Health Canada's Women's Health Strategy* has identified a number of measures:

4.1 Health Canada will be more proactive in ensuring that women have access to safe and effective drugs, procedures and medical devices.

4.2 The Canadian Perinatal Surveillance System aimed ultimately at promoting effective and efficient care during pregnancy and the neonatal period will be strengthened.

4.3 Health promotion and disease prevention activities will be undertaken to reduce cervical cancer mortality and morbidity through more extensive screening.

4.4 In its efforts to further promote increased availability and quality of breast cancer screening, Health Canada will continue

to work with the provinces and territories to foster screening programs and will ensure that mammography is carried out correctly and accurately through the regulatory provisions of the *Radiation Emitting Devices Act* and the development of a national standard for the installation and use of this equipment.

4.5 Health promotion projects will be initiated to counter inactivity and increase active living and fitness among women of all ages.

4.6 Prevention programs for women at risk for HIV/AIDS will be supported, in collaboration with community groups, public health and national and professional organizations.

4.7 The reduction of environmental hazards that threaten women's health will be the focus of prevention activities. Health Canada will accelerate screening and assessment of new and existing substances, improve management and control of toxic substances and track progress.

4.8 The reduction of physical and psychological occupational health hazards that undermine women's health and well-being will also be addressed.

4.9 Through initiatives such as the Canada-U.S.A. Program of Co-operation on Smoking Cessation Among Young Women and Adolescent Girls, Health Canada will continue to support health promotion activities and document trends and the effects of regulatory controls on smoking behaviours.

4.10 The identification and dissemination of best practices in smoking prevention, cessation and protection for girls and young women will be undertaken. Knowledge development, training and dissemination of best practices to address maternal smoking, post-partum smoking relapse, smoking among girls and young women and children's exposure to environmental tobacco smoke are initiatives to be pursued.

4.11 Stay-in-school values and healthy lifestyles for Aboriginal youth will be promoted, in particular for girls who, later as adults, will play an important role in the health of their communities.

4.12 Work on supportive environments for children, youth and families and seniors will be promoted within a framework of gender equality.

4.13 Health promotion activities to reduce teen pregnancies will be pursued within a context of health determinants.

4.14 The development of information and best practices to help families, and women in particular, to harmonize work and family demands and to cope with the stress that it places will be developed.

4.15 Health Canada will undertake work to address high priority chronic health concerns of women:

- A coordinated national strategy will address cardiovascular health promotion and disease prevention in Canadian women.
- Work will proceed in partnership with the Osteoporosis Society of Canada to produce a preventive guide for women.
- The Canadian Diabetes Prevention and Control Strategy and the Aboriginal Diabetes Initiative will address the needs and concerns of women in diabetes prevention and control, education, care and treatment and surveillance.

4.16 To facilitate the implementation of national nutrition guidelines for maternal and infant health and to promote women's nutritional health through healthy eating and support for making healthy eating choices, e.g., an improved nutrition labelling system and public education will be undertaken.

4.17 Health Canada will modernize and strengthen the federal food safety program with new measures to enhance surveillance systems, improve scientific capacity and increase regulatory activities.

4.18 Health Canada will provide additional support to First Nations and Inuit communities, as well as non-Aboriginal communities, to improve prenatal health and nutrition in order to reduce high infant mortality and negative birth outcomes.

4.19 The role of the media in socializing children and youth has been recognized and Health Canada will continue to support media awareness and consumer literacy through strategies and dissemination of best practices to increase the media literacy skills of girls and young women so that they make healthy lifestyle choices.

IV Conclusion

The development of *Health Canada's Strategy for Women's Health* was guided by statistical data, issues identified and documented in the literature as well as in briefs presented by women's and health organizations. The initiative will continue to be refined and further developed on the basis of the recommendations emanating from the workshops of the Canada-U.S.A. Women's Health Forum, from emerging trends and new knowledge and from consultations which are organized from time to time by Health Canada.

In June 2000, the United Nations General Assembly will hold a special session on Women's Equality, to review progress by member states in the implementation of the 1995 Beijing Platform for Action. The purpose of the meeting is also to propose a vision for the years to come. Health Canada's strategy for advancing women's health will contribute to Canada's vision.

Glossary

Sex — Sex (as in "sex differences") refers to biological characteristics such as anatomy (e.g., body size and conformation) and physiology (e.g., hormonal activity or functioning of organs). These characteristics can be very different for women and men and should be taken into account by the health system. Yet, the health system has often been blind to these biological differences. Examples include design of medical devices such as artificial hip replacements and angioplasty instruments based on the male body as the standard, but expected to fit women. The term "sex" is also used when referring to the two main groupings of the human species, as in "clinical trials included both sexes".

> ***It would appear that the experience of a particular social position must be different for women and men in ways which are not captured by the crude measures of class, household income, marital status and work.***[29]

Gender — Gender (as in "gender differences") refers to the array of socially determined roles, personality traits, attitudes, behaviours, values, relative power and influence that society ascribes to the two sexes on a differential basis. "Gendered" norms shape the nature of health issues and influence the health system's practices and priorities. For example, women are more vulnerable to sexual or physical violence, low income, lone parenthood, gender-based causes of health risks and threats (e.g., accidents, STDs, suicide, smoking, substance abuse, prescription drugs, physical inactivity); often the system addresses these issues without taking into account their

gendered nature. Measures to address gender inequality and gender bias within and beyond the health system will improve population health.

N.B. Biological traits influence gender characteristics and vice versa. For instance, gender roles influence the nature and extent of violence between men and women but sex differences also play a role in that women are generally smaller and less physically strong. Gender and sex are interactive.

Gender-based Analysis
A process whereby policies or programs are assessed to determine their actual or potential differential impact on women and men. The term has gained international acceptance, however, it does not denote the inclusion of *sex*-based analysis (i.e., an analysis of biological differences), which is in effect inherent to the analysis used within Health Canada.

> ***Some of the best kept secrets of longevity and good health are to be found in one's social, economic and cultural circumstances.***[30]

Gender-based analysis is an evidence-based approach that will lead to programs and policies which are not biased on the basis of either sex or gender. Gender-based analysis helps to ensure that the differential economic, political, social and biological circumstances of both girls and boys, and women and men are taken into account. Gender-based analysis will render transparent issues such as the under-representation of women in decision-making or the absence of women in research. It may similarly highlight imbalances in addressing men's health issues.

Population Health — The document *Strategies for Population Health. Investing in the Health of Canadians* defines population health as an approach that differs from traditional medical and health care thinking in two main ways. (1) Traditional health care focuses on risks and clinical factors related to particular diseases. Population health strategies address the entire range of factors that determine health. Health is affected not only by the type of care and services provided, but also by social and economic factors such as social status, income, level of education, child development and social supports, commonly known as "health determinants". (2) Health care deals with individuals one at a time — usually individuals who already have a health problem or are at a significant risk of developing one. Population health strategies are designed to affect the entire population.

Endnotes

1. Statistics Canada, Catalogue no.91-209-XPE, *Report on the Demographic Situation in Canada 1997: Current Demographic Analysis*, June 1998

2. Kathryn Wilkins, "Causes of Death", *Canadian Social*

Trends, Statistics Canada, Summer 1996.

3. National Cancer Institute of Canada and Statistics Canada, Catalogue no. 82F000088-XPE, *Canadian Cancer Statistics*, 1998, Table 10.

4. Ibid; p. 65.

5. Statistics Canada, Catalogue no.91-209-XPE, loc. cit., p. 77.

6. Vivienne Walters, Rhonda Lenton, and Marie Mckeary, *Women's Health in the Context of Women's Lives*, Health Canada, 1995, p. 5.

7. Health Canada, *Report on the Health of Canadians: Technical Appendix*, p. 297. (Source: Statistics Canada, *National Population Health Survey*, 1994-95).

8. Karen Pugliese, "Women and Mental Health: Two Traditions of Feminist Research". *Women and Health*, Vol. 19, Nos. 2/3, 1992, p. 44.

9. Statistics Canada data indicate that in all age groups, the prevalence of depression is higher for girls and women than for boys and men. (Source: *National Population Health Survey*, Statistics Canada Website: http://www.statcan.ca).

10. Canadian Advisory Council on the Status of Women, *We're Here, Listen to Us! A Survey of Young Women in Canada*, March 1992, pp. 14,15 and 89.

11. Health Canada, *Report on the Health of Canadians Technical Appendix*, loc. cit., p. 294 (based on *Health Indicators*, Statistics Canada, 1994).

12. Health Canada, *Report on the Health of Canadians, Technical Appendix*, loc. cit., p. 327.

13. Health Canada, *Working Together for Women's Health, A Framework for Women's Mental Health*, 1993, p. 30.

14. M. Irwin,"Stress-Induced Immune Suppression. Role of the Autonomic Nervous System", *Annals of New York Academy of Science*, 697: 203-18, 1993.

15. I. Broverman, D. Broverman, P. Clarkson, P. Rosinkrantz, and S. Vogel, "Sex-Role Stereotypes and Clinical

Judgments of Mental Health", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 1970, pp. 1-7 (as cited in Anne Oakley, *Essays on Women, Medicine and Health*, Edinburgh University Press, 1993, p. 25).

16. Vivienne Walters et al., *Women's Health in the Context of Women's Lives*, loc. cit., p. 5.

17. Health Canada, *Report on the Health of Canadians. Technical Appendix*, loc. cit., p. 316 (Source: National Population Health Survey, 1994-95).

18. The National Population Health Survey 1994-95 states that among 12-14 year-olds, 27% of girls and 14% of boys reported trying to lose weight.

19. According to the National Eating Disorder Information Centre (1995), in Canada, 80-90% of women experience body image dissatisfaction and 66% have "experimented" with bulimia. It is particularly disturbing to note that more than one half of 4th grade girls consider themselves to be overweight and that many are dieting (9 year-olds: 50%; 10 year-olds: 80%), UNB Faculty of Nursing, February 4, 1996.

20. Kathryn Wilkins, loc. cit., p. 15.

21. Karen Messing, *Women's Occupational Health: A Critical Review and Discussion of Current Issues*, Paper commissioned for the Canada-U.S.A. Women's Health Forum, August 1996, p. 7, para. 34.

22. HIV and AIDS i*n Canada, Surveillance Report to June 30, 1998*, LCDC, November 1998, p. 1.

23. D. Kinnon and L. Hanvey, *Health Aspects of Violence Against Women*, Paper commissioned for the Canada-U.S.A. Women's Health Forum, August 1996.

24. Health Canada, 1994, *Youth Smoking Survey*, 1996, Factsheet #1, p. 1.

25. Statistics Canada, *Women In Canada, A Statistical Report*. Third Edition, 1995, p. 84.

26. UNICEF, *The Progress of Nations*, 1996, pp. 8, 9.

27. OECD, *OECD Health System: Fact and Trends*, 1993.

28. Health Canada, *What Women are Saying: Women's Health Issues in Canada. Summary of Findings of Focus Groups with Canadian Women on Women's Health Issues,* 1996.

29. Jennie Popay et al., "Gender Inequalities in Health: Social Position, Affective Disorders and Minor Physical Morbidity", *Social Science and Medicine*, vol. 36, No. 1, 1993, p. 31.

30. Robert G. Evans, Morris L. Barer and Theodore R. Marmor, *Why Are Some People Healthy and Others Not?*, Aldine de Gruyter, New York, 1994, p. 322

Date last modified: 15 August 2000 **Important notices**

Stratégie pour la santé des femmes

Table des matières

Message du Ministre

I Introduction

Prendre conscience des questions
Progrès réalisés à ce jour
Les engagements du Canada envers la santé des femmes
La *Stratégie pour la santé des femmes* : la réponse de Santé Canada
Santé Canada et le Bureau pour la santé des femmes
Un environnement en constante évolution

II La raison d'être de la *Stratégie pour la santé des femmes*
Le caractère distinct des questions de santé touchant les femmes

1. Causes de décès chez les femmes
2. Les maladies et les problèmes de santé des femmes, et la façon dont elles les vivent
3. La qualité de vie des femmes
4. Les facteurs de risque et leurs conséquences pour les femmes
5. Les différences entre les sexes en tant que déterminant de la santé
6. Les préjugés du système de santé

III Principaux éléments de la *Stratégie pour la santé des*

femmes

Objectif 1 Faire en sorte que les politiques et les programmes de Santé Canada tiennent compte des différences biologiques et sociales entre les sexes et répondent aux besoins des femmes en matière de santé
Objectif 2 Accroître la connaissance et la compréhension de la santé des femmes et des besoins des femmes en matière de santé
Objectif 3 Soutenir la prestation aux femmes de services de santé appropriés et efficaces
Objectif 4 Promouvoir la santé par des mesures de prévention et la réduction des facteurs de risque qui compromettent le plus la santé des femmes

IV Conclusion
Glossaire
Notes de fin de document

Message du Ministre

Au cours des dernières années, il est devenu de plus en plus évident que le système de santé devait tenir davantage compte des questions de santé touchant les femmes. Tout comme il est devenu manifeste qu'il fallait accroître la recherche en ce domaine, plus particulièrement sur les liens qui existent entre la santé des femmes et leur situation sociale et économique.

De tels constats sont d'ailleurs reflétés dans le document *Programme d'action,* qu'ont adopté le Canada et 188 autres pays à la clôture de la Quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes, en septembre 1995. Ce message a été clairement transmis en août 1996 par les trois cents participants et participantes au Forum du Canada et des États-Unis sur la santé des femmes, coparrainé par Santé Canada et le U.S. Department of Health and Human Services.

Dans son rapport final, le Forum national sur la santé déclarait que le système de santé devait mieux répondre aux besoins distincts des femmes et porter une plus grande attention aux facteurs qui influent sur leur santé.

Je suis heureux de publier les détails de la *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada*. Le présent document se présente comme un cadre ayant pour but de guider Santé Canada dans la poursuite des travaux amorcés au fil des ans. Dans le cadre de la *Stratégie*, je me suis engagé à intégrer pleinement l'analyse comparative entre les sexes dans tous les travaux d'élaboration de programmes et de politiques de mon ministère. Le Réseau canadien pour la santé des femmes et les cinq centres d'excellence pour la santé des femmes figurent parmi les piliers de la *Stratégie*.

Le Budget de 1999 inaugure une nouvelle ère d'engagement de la part du gouvernement fédéral à l'égard de la viabilité à long terme du système de santé du Canada. La *Stratégie pour la santé des femmes* est un important volet du programme de santé du gouvernement et témoigne de la détermination fédérale à améliorer l'état de santé des femmes du Canada.

Santé Canada a pour mission d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé. Tout au long de leur vie — pendant l'enfance, pendant l'âge adulte et lorsqu'elles avancent en âge — les femmes connaissent des conditions de vie et des problèmes de santé liés à leurs particularités biologiques et à leur condition sociale. La Stratégie pour la santé des femmes a pour objet de relever ces problèmes et d'y donner suite en veillant à ce que dans tous les domaines de compétence de Santé Canada, les femmes et les questions de santé qui les touchent soient pleinement prises en considération.

I Introduction

Le présent document énonce la *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada* et sa raison d'être. Il décrit la façon dont le système de santé, à divers égards, n'a pas répondu convenablement aux besoins et aux préoccupations des femmes. En outre, il met en lumière quelques-uns des problèmes qui sont à l'origine des décès chez les femmes ainsi que des maladies et des difficultés qui les touchent, et il traite de la qualité de vie et des facteurs sociaux et économiques qui ont une incidence sur la santé des femmes. Enfin, il délimite un large éventail de secteurs où le Ministère peut intervenir face à ces questions. Le présent document renvoie à un certain nombre de concepts et de termes qui sont essentiels pour comprendre l'approche actuelle de Santé Canada, la *Stratégie* proprement dite et l'analyse qui la sous-tend. On trouvera un glossaire à la page 41.

Prendre conscience des questions

Le peuple canadien est l'un des peuples les plus en santé au monde, et l'espérance de vie des femmes canadiennes est l'une des plus élevées. Néanmoins, notre système de santé n'a pas toujours compris les facteurs qui influent sur l'état de santé des femmes ni abordé les questions touchant les femmes dans les domaines de la recherche, de l'éducation, du leadership et des interventions en matière de santé. Les partis pris ont eu une incidence sur les femmes en tant qu'utilisatrices du système de santé et en tant que dispensatrices de soins de santé, rémunérées ou non.

> *La santé est un état de total bien-être physique, psychologique et social, et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Le bien-être affectif, social et physique est déterminé aussi bien par le contexte social, politique et économique que par la biologie (par. 89).*
> **Nations Unies, Programme d'action**
> **Beijing, 1995**

Progrès réalisés à ce jour

Au cours des dernières décennies, Santé Canada, ses organismes constitutifs et le système de santé dans son ensemble ont contribué à l'avancement de la santé des femmes dans des domaines comme le cancer du sein, le tabagisme et les nouvelles techniques de reproduction et de génétique, pour n'en nommer que quelques-uns. En septembre 1996, Santé Canada révisait ses directives de réglementation afin d'obliger les compagnies pharmaceutiques à inclure également des femmes dans leurs essais cliniques, dans la même proportion qu'il est prévu que les femmes utiliseront les médicaments. Ceci permettra de remédier au problème qui consiste à appliquer aux femmes les conclusions de recherches menées uniquement sur des hommes. Le Programme national de recherche et de développement en matière de santé a inclus la santé des femmes parmi ses priorités. Ce ne sont là que quelques-uns des exemples de l'engagement de Santé Canada dans la promotion de la santé des femmes.

En dépit de l'importance de ces réalisations, il reste beaucoup à faire. Le Ministère est conscient de la nécessité de tabler sur les progrès récents et de s'employer encore plus énergiquement à améliorer la santé des femmes. C'est pourquoi il a inclus la santé des femmes parmi ses priorités et mis au point une stratégie devant permettre d'amorcer une action face aux préoccupations des femmes en matière de santé.

Les engagements du Canada envers la santé des femmes

La *Stratégie pour la santé des femmes* repose sur la reconnaissance à l'échelle mondiale que le système de santé doit accorder aux femmes et aux hommes un « traitement » égal dans tous les sens du terme, et viser des résultats équitables pour les femmes comme pour les hommes. Le Canada a affirmé cet engagement lorsqu'il a adopté le *Programme d'action*, le document final de la Quatrième Conférence mondiale des Nations Unies sur les femmes, tenue à Beijing en 1995.

Préalablement à la Conférence de Beijing, les Nations Unies avaient invité les pays à se donner un plan d'action national dans le but d'améliorer la situation des femmes. En réponse à cette invitation, le gouvernement fédéral a publié en août 1995 son *Plan fédéral pour l'égalité des sexes*. Le chapitre 3 du plan, intitulé « Améliorer le mieux-être physique et psychologique des femmes », traitait des aspects

essentiels à l'état de santé des femmes au Canada et énonçait l'engagement de mettre en œuvre une stratégie pour la santé des femmes.

La Stratégie pour la santé des femmes : la réponse de Santé Canada

La *Stratégie pour la santé des femmes* délimite le cadre à l'intérieur duquel Santé Canada s'emploiera à relever les défis d'aujourd'hui et de demain en matière de santé pour la moitié de la population canadienne. La *Stratégie* confirme les postulats énoncés dans le *Programme d'action de Beijing* et dans le *Plan fédéral*, à savoir que tous les aspects de la vie des femmes — leur santé, leur situation sociale, économique et juridique — sont interdépendants et influent sur leur bien-être. Bien que la *Stratégie* porte principalement sur le système de santé, Santé Canada travaillera en collaboration avec les autres ministères à promouvoir une démarche holistique et multisectorielle dans les politiques qu'il établira en matière de santé et de développement social.

> *Les États participants prendront toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination envers les femmes dans le secteur des soins de santé afin d'assurer l'accès aux services de santé, y compris aux services de planification familiale, conformément au principe d'égalité entre les hommes et les femmes.*
> **Article 12, Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes**

La *Stratégie* relève un défi important énoncé dans le *Programme d'action* et dans le *Plan fédéral*, à savoir que Santé Canada s'engagera, au moyen d'une analyse comparative entre les sexes, à élaborer ses programmes et ses politiques en tenant compte des différences entre les hommes et les femmes. (voir Glossaire).

L'objectif primordial de la *Stratégie pour la santé des femmes* est d'améliorer la santé des femmes au Canada en faisant en sorte que le système de santé tienne davantage compte des femmes et de leur santé. La *Stratégie* vise quatre objectifs principaux :

1. faire en sorte que les politiques et les programmes de Santé Canada tiennent compte des différences biologiques et sociales* entre les sexes et répondent aux besoins des femmes en matière de santé;

2. accroître la connaissance et la compréhension de la santé des femmes et des besoins des femmes en matière de santé;

3. soutenir la prestation aux femmes de services de santé

appropriés et efficaces;

4. favoriser la bonne santé par des mesures de prévention et la réduction des facteurs de risque qui compromettent le plus la santé des femmes.

*** Voir le Glossaire et plus précisément, les définitions de la « dimension biologique » et de la « dimension sociale » des différences entre les sexes. Pour reconnaître les préoccupations et les besoins distincts des femmes et mettre fin aux partis pris du système de santé, il faut comprendre les deux dimensions par lesquelles les hommes et les femmes se distinguent, à savoir la biologie et les attributs sociaux.**

Santé Canada et le Bureau pour la santé des femmes

La mission de Santé Canada consiste à aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé. À cette fin, Santé Canada exerce un leadership, élabore des politiques, mène ou soutient des recherches internes et externes, recueille des données, exerce des activités de surveillance, agit en qualité d'organisme de réglementation, promeut la santé, prévient la maladie et fournit ou finance des services directs aux Premières nations et aux Inuit. Ces sphères de responsabilité relevant du mandat ministériel sont les avenues qu'utilisera Santé Canada pour mettre en œuvre la *Stratégie pour la santé des femmes*.

La *Stratégie* sera mise en œuvre dans le contexte de l'approche adoptée par Santé Canada pour l'élaboration des politiques et des programmes, à savoir une approche axée sur la santé de la population (voir Glossaire). Cette approche vise toute la population ou de grands sous-groupes et s'appuie sur des travaux de recherche importants démontrant qu'un ensemble de facteurs d'ordre personnel, social et économique, en plus des services de santé, joue un rôle important dans la promotion et le maintien de la santé.

Dans le cadre de l'approche axée sur l'amélioration de la santé de la population, les programmes et politiques de Santé Canada toucheront les trois étapes de la vie : l'enfance et l'adolescence, la période couvrant le début de la vie adulte jusqu'à l'âge mûr et la vie dans les derniers stades de l'âge adulte. Il sera tenu compte des différences biologiques et sociales entre les sexes dans le traitement de chacune de ces étapes de la vie. Par exemple, la contribution de Santé Canada au Plan d'action national pour les enfants et aux programmes pour les aînés sera influencée par les connaissances touchant ces questions.

Le Bureau pour la santé des femmes coordonnera la *Stratégie* au sein de Santé Canada. Il exercera un suivi des

questions actuelles ou qui se manifestent, et veillera à ce que la *Stratégie* demeure pertinente au fil des années. Le Bureau prendra une part active à la réalisation du premier objectif de la *Stratégie*, dans le cadre de son mandat, qui est de s'assurer que tous les programmes et politiques du Ministère tiennent compte des différences entre les sexes. Il lancera des projets en vue d'améliorer sa fonction d'élaboration et de surveillance des politiques, et aidera Santé Canada à se rapprocher de l'objectif d'égalité entre les sexes, dans toutes ses activités.

Le Bureau soutient cinq centres d'excellence pour la santé des femmes de même que le Réseau canadien pour la santé des femmes. Ses activités d'élaboration des politiques sont informées par les nouvelles connaissances en provenance des centres et des autres sources d'information sur la recherche et la santé, comme le précise le deuxième objectif de la *Stratégie*. Le Bureau travaillera en collaboration avec toutes les sections du Ministère chargées des programmes et des politiques de manière à mettre de l'avant des mesures qui concourront à la réalisation des troisième et quatrième objectifs.

Les femmes ne forment pas un groupe homogène. L'incapacité, la race, l'origine ethnoculturelle et l'orientation sexuelle exercent des influences diverses sur la santé des femmes et sur leur interaction avec le système de santé. La *Stratégie pour la santé des femmes* tiendra compte des questions liées à la diversité. Ainsi, quelques-uns des cinq centres d'excellence pour la santé des femmes qui sont financés par le gouvernement fédéral concentrent leur action sur les questions de santé intéressant les immigrantes et les femmes autochtones, les femmes à faible revenu et les femmes vivant dans des régions rurales.

Un environnement en constante évolution

Partout au Canada, les systèmes de santé ont subi d'importantes réformes et transformations. Comme en fait mention le rapport final du Forum national sur la santé, bien que la nature même des changements et leur rythme de réalisation varient, la réforme de la santé dans son ensemble découle d'une volonté de freiner les dépenses en matière de santé et du constat que le système a grandement besoin d'être modernisé. L'évolution rapide du monde de la santé est caractérisée par de nombreux aspects : la dépendance réduite à l'égard des grands établissements de soins de santé, le transfert des pouvoirs décisionnels vers des structures régionales et communautaires nouvelles, les séjours à l'hôpital écourtés et le recours accru aux soins à

domicile, la recherche de solutions autres que la rémunération à l'acte pour les médecins, l'arrivée de nouvelles catégories de fournisseurs de soins de santé (p. ex., les sages-femmes et infirmières de première ligne), l'insistance accrue sur la prévention et la recherche de l'efficience — que ce soit au niveau des interventions cliniques ou du système de santé dans son ensemble.

Immédiatement après la naissance et pendant leur enfance, les filles utilisent moins les services de santé que les garçons. Par contre, au-delà de l'enfance, les femmes canadiennes utilisent un plus large éventail de soins de santé. Les transformations que subira notre système de soins de santé auront, par conséquent, des répercussions très importantes pour les femmes. La réforme et la modernisation du système de santé seront positives dans la mesure où un nombre moins grand de femmes auront à subir des interventions ou à prendre des médicaments inutiles ou inefficaces, où elles auront accès à une meilleure médecine préventive, aux sages-femmes et à des soins de qualité dans leur propre maison. Mais si les femmes comprennent que leur accès aux services importants est limité, ou que l'effet net de l'insistance accrue sur les soins à domicile est que les femmes assument l'essentiel du fardeau des soins à long terme dispensés dans les familles— qu'il s'agisse de réadaptation ou de soins pour maladies chroniques— alors l'impact de la réforme de la santé paraîtra moins reluisant.

L'évolution rapide de la technologie électronique a des incidences sur le système de santé, à plusieurs égards. La constitution et la connexion de banques de données contenant des renseignements sur la santé des individus, l'administration de traitements via la télémédecine et l'utilisation d'Internet pour changer de l'information en matière de santé sont d'importantes tendances. Ces changements n'ont pas les mêmes conséquences pour les femmes que pour les hommes, car les uns et les autres n'envisagent pas et n'utilisent pas l'information sur la santé de la même façon, et n'y accèdent pas de manière égale. Au seuil de ce nouvel âge de technologie de l'information sur la santé, nous devons faire en sorte que les femmes et les hommes bénéficient également de ces innovations.

D'autres changements importants sont dignes de mention, notamment : l'intérêt grandissant des consommateurs pour les pratiques sanitaires et les thérapies parallèles ou d'appoint; un changement démographique marqué par le vieillissement et le pluralisme croissant de la société; enfin, la mondialisation des marchés et ses effets sur le secteur de la santé. Vus dans une perspective axée sur la comparaison

entre les hommes et les femmes, tous ces changements apparaissent sous un jour différent selon qu'ils portent sur l'un ou l'autre des deux groupes.

II La raison d'être de la Stratégie pour la santé des femmes

Ce n'est que tout récemment encore que les décideurs et les fournisseurs de services de santé ont reconnu, d'une manière concrète, à quel point les facteurs sociaux, économiques et culturels ont une incidence sur la santé des personnes. De la même façon, notre système de santé a mis du temps à reconnaître que les différences biologiques et sociales entre les sexes représentent d'autres déterminants importants de la santé. Pendant de nombreuses années, un mouvement naissant de femmes militant en faveur de la santé ont mis en lumière les partis pris que l'on peut observer dans le système de santé. Au début, le sentiment que le système fonctionnait au détriment des femmes était une perception intuitive et personnelle. Avec le temps, on s'est de plus en plus rendu compte que les lacunes dans le système s'amplifiaient et qu'il fallait trouver une solution globale — y compris des changements dans l'attitude et la pratique.

La *Stratégie pour la santé des femmes* a été élaborée pour 1) faire mieux comprendre le caractère distinct des questions de santé touchant les femmes et 2) s'attaquer aux partis pris et à l'insensibilité du système de santé envers les femmes et aux questions les touchant.

Le caractère distinct des questions de santé touchant les femmes

La *Stratégie pour la santé des femmes* s'impose pour sensibiliser davantage les gens au fait qu'en matière de santé, le fait d'être une femme ou un homme entraîne des différences, et ceci dans plusieurs domaines : dans les profils de maladie, de décès et de mortalité; dans la façon dont les femmes et les hommes *vivent* la maladie; dans leurs interactions respectives avec le système de santé; dans les facteurs de risque qui menacent le bien-être des femmes et des hommes; dans l'influence exercée par les déterminants sociaux, économiques et personnels de la santé. Tous ces aspects sont commentés ci-après et étayés d'exemples communément reconnus. La volonté de mettre davantage en lumière ces points et de rechercher des mesures appropriées contre les partis pris fondés sur le sexe est la principale raison qui justifie l'existence de la *Stratégie pour la santé des femmes*.

1. Causes de décès chez les femmes

Les femmes ont une espérance de vie qui est de six ans supérieure à celle des hommes.[1] Le taux de décès est plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes d'âge, particulièrement celui des 20 à 44 ans, où la probabilité de décès est plus que le double de celle des femmes.[2] Ces différences s'expliquent en grande partie par le fait que les hommes meurent de causes « externes », les principales causes de mortalité étant les accidents de véhicules motorisés et le suicide.

Cependant, on constate un revirement de ces statistiques pour ce qui est des décès attribuables au *cancer* dans le groupe des 20 à 44 ans : les femmes dans la fleur de l'âge meurent en plus grand nombre que les hommes. Selon les prévisions portant sur les décès liés au cancer pour 1998, les femmes du groupe d'âge de 30 à 39 ans, par exemple, afficheront un taux de décès une fois et demie plus élevé que celui des hommes. Dans le groupe d'âge des femmes de 40 à 49 ans, le taux de décès attribuable au cancer sera supérieur du tiers à celui des hommes.[3] Ces décès sont essentiellement imputables au cancer du sein, dont les causes restent encore grandement inconnues.

De plus, les femmes continuent de mourir de maladies qui sont dans une large mesure *évitables*, notamment le cancer du col utérin. Un nombre sans précédent de femmes meurent maintenant des suites d'un cancer pulmonaire, une autre maladie qui est largement évitable. En 1994, pour la première fois, le cancer du poumon a surpassé le cancer du sein en tant que principale cause de décès de femmes des suites d'un cancer.[4] Bien que l'incidence du cancer du sein soit moins élevée chez les femmes noires, celles-ci ont tendance à mourir de cette maladie en plus grand nombre que les femmes blanches, ce qui souligne la nécessité de se pencher sur les questions liées à la diversité.

La mortalité n'est pas le seul indicateur de la santé qui entre en ligne de compte dans l'examen des différences entre les hommes et les femmes. En dépit de l'espérance de vie des femmes, qui atteint près de 81 ans,[5] la dernière partie de leur vie est souvent caractérisée par l'isolement, l'invalidité et les problèmes de santé.

En général, bien que les femmes vivent plus longtemps que les hommes, soit 6,3 années de plus, elles ne jouissent que d'une année et demie de plus sans incapacité (p. 27).
Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes, septembre 1996

Les femmes les plus à risque sont celles qui sont peu instruites, ont un faible revenu et ont peu de contrôle sur leur milieu de travail. Ces femmes sont plus susceptibles de fumer, de mener une vie sédentaire et d'être obèses. C'est le cas également des femmes membres d'une minorité visible, particulièrement des femmes originaires de l'Asie du sud et des femmes noires.
Women, Heart Disease and Stroke in Canada, Heart and Stroke Foundation of Canada, 1997

2. Les maladies et les problèmes de santé des femmes, et la façon dont elles les vivent

Le secteur de la santé s'est beaucoup attardé à l'appareil reproducteur des femmes, et en particulier à ce qui a trait à la maternité. Des succès importants ont été obtenus dans ce domaine. Toutefois, les maladies communes aux hommes et aux femmes n'ont pas toujours été comprises sous l'angle des différences qu'elles présentent selon qu'on est de sexe masculin ou féminin, et ces différences n'ont donc pas été dûment prises en considération par le système de santé.

Les maladies du cœur en sont un exemple. Les mesures de prévention, le diagnostic et le traitement doivent refléter le fait que les symptômes, la progression de la maladie, l'effet des médicaments et le bien-fondé de certaines interventions chirurgicales diffèrent selon qu'on est un homme ou une femme. De plus, dans le domaine de la recherche sur de nouveaux médicaments pour traiter les maladies cardiaques, les femmes ont depuis toujours rarement été du nombre des sujets possibles pour les essais. Les maladies cardiovasculaires (maladies du cœur et accidents cérébrovasculaires) sont la principale cause de décès et l'une des principales causes d'invalidité chez les femmes. Les femmes elles-mêmes, lorsqu'on leur demande quelle est la maladie qui représente le plus grand risque de décès pour elles, nommeront habituellement le cancer du sein,[6] sans se rendre compte que les maladies cardiovasculaires présentent des risques plus importants. Cette méconnaissance des faits a des répercussions sur les efforts de promotion de la santé.

Dans presque tous les groupes d'âge, les femmes souffrent davantage de maladies chroniques, en particulier de migraines, d'allergies, d'arthrite et de rhumatisme. Les femmes relativement jeunes éprouvent davantage de problèmes de dos et de membres que n'en éprouvent les hommes du même âge.[7] Les activités de formation,

d'élaboration de programmes et de promotion de la santé doivent tenir compte de ces différences.

L'un des domaines où l'on observe les plus grandes différences entre les hommes et les femmes concerne leurs profils respectifs quant aux troubles de santé mentale. Étude après étude constate que les niveaux de dépression sont plus élevés chez les femmes.[8,9] Les jeunes femmes en particulier sont plus enclines à avoir une piètre image d'elles-mêmes.[10] Le taux d'hospitalisation pour traitement psychiatrique est invariablement plus élevé chez les femmes.[11] Alors que les hommes se suicident plus fréquemment,[12] les femmes *tentent* plus souvent de mettre fin à leurs jours, mais sont plus susceptibles d'échouer.[13] Toutes ces observations tendent à souligner une différence fondée sur le sexe quant à la façon dont les femmes et les hommes vivent le stress et les événements de la vie et composent avec eux, et quant à la façon dont les uns et les autres expriment leur détresse. Des découvertes récentes au sujet des liens entre le stress et la perturbation du système immunitaire ne font que souligner davantage la nécessité d'étudier le stress dans la vie aussi bien des femmes que des hommes, en tenant mieux compte des différences entre les sexes.[14]

Confirmant les résultats d'études antérieures, l'Enquête nationale sur la santé de la population a révélé une plus grande incidence de dépression chez les femmes que chez les hommes (7,4 % et 3,7 % respectivement selon le cycle 1 de l'Enquête [1994] ; 5,5 % et 2,8 % respectivement selon le cycle 2 [1996]). Les femmes sont également plus susceptibles de vivre des états dépressifs récurrents. Sur quatre répondants se déclarant dépressifs, en 1994-1995 comme en 1996-1997, près de trois (72 %) sont des femmes.
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, Statistique Canada

Les observations quant aux différences en matière de santé mentale ont des répercussions particulières à la fois sur les diagnostics qui sont posés et sur les traitements. De nombreux instruments d'évaluation psychologique, y compris la notation du vécu des clients, n'ont pas été établis de manière à tenir dûment compte des différences entre les sexes et appliquent souvent aux femmes des normes et des définitions de la santé mentale qui sont fondées sur des standards masculins.[15] Invariablement, les femmes sont étiquetées comme étant plus angoissées et plus tendues que les hommes. Le point de référence devient important quand vient le moment de définir ce qui constitue un profil pathologique et ce qui n'en constitue pas un, ainsi que les répercussions en matière de diagnostic et de traitement.

Les questions de santé sexuelle et génésique sont nombreuses et différent selon qu'on a affaire à des hommes ou à des femmes. Par exemple, s'il est vrai que les femmes touchées par le VIH et le sida peuvent vivre des expériences très similaires à celles des hommes, elles sont souvent confrontées à des décisions difficiles liées à la grossesse et à la possibilité de transmission de la maladie au fœtus.

Enfin, si la ménopause n'est pas une maladie, elle s'accompagne souvent, pour la femme, de nombreux changements physiologiques et de risques accrus de maladie cardiovasculaire ou d'ostéoporose. Ces risques peuvent être influencés par le bagage héréditaire; mais ils peuvent également être réduits ou accrus par le régime alimentaire, le tabagisme, les activités quotidiennes et les facteurs environnementaux, ce qui amène à conclure de la nécessité d'une stratégie complète en matière de santé pour les femmes arrivant à la ménopause.

3. La qualité de vie des femmes

La Stratégie pour la santé des femmes reconnaît que la maladie et la menace de mort ne sont pas les seules préoccupations en matière de santé pour les femmes. Les questions liées à la qualité de vie sont importantes pour ces dernières et peuvent même les prédisposer à la maladie. Une étude menée en 1992 par Vivienne Walters[16] a révélé que 68 % des femmes visées par l'étude estimaient que leur principal sujet de plainte était la fatigue qu'elles ressentaient. Elles se sont également plaintes de ressentir du stress et d'éprouver des problèmes de sommeil.

Pendant leurs années de vie adulte, de nombreuses femmes assument une double charge de travail. De façon traditionnelle, elles ont toujours été les membres de la famille à être principalement responsables de l'entretien de la maison et des soins aux enfants de même qu'aux membres de la famille qui sont malades ou âgés. Lorsqu'elles sont devenues actives au sein du marché du travail, elles ont continué d'assumer ces tâches domestiques, tout en occupant un emploi à l'extérieur du foyer. En conséquence, dans le groupe d'âge des femmes de 20 à 44 ans, l'indice du stress au travail qu'affichent les femmes est beaucoup plus élevé que celui des hommes.[17]

Les médias exercent une influence sur la socialisation des hommes et des femmes. Ils contribuent à créer des attentes irréalistes au sujet du poids et de l'apparence, et encouragent subtilement les femmes à accorder beaucoup trop

d'importance à ces aspects. Les femmes et les hommes répondent différemment à ces pressions qui s'exercent sur eux. Les femmes, en particulier les jeunes femmes, tendent à être affectées plus négativement par ces messages, comme en font foi la préoccupation largement répandue de la perte de poids,[18] et de façon encore plus marquée, l'incidence à la hausse des cas d'anorexie et de boulimie.[19]

Les processus naturels liés à la reproduction comme le cycle menstruel, la grossesse, l'accouchement et la ménopause peuvent entraîner de la douleur et de l'inconfort et créer des inconvénients dans la vie de tous les jours. Lorsque ces phénomènes naturels s'accompagnent d'autres sources de stress, ils peuvent occasionner une détresse physique ou mentale propre aux femmes. Depuis de nombreuses années, les porte-parole des mouvements féminins parlent de surmédicalisation des femmes et de leurs problèmes de santé (c'est-à-dire, un recours trop fréquent à des médicaments, et une tendance à considérer comme pathologique l'état des femmes en pareille situation), parce que le secteur de la santé a de la difficulté à établir une distinction entre le cours normal d'un processus naturel et la maladie.

4. Les facteurs de risque et leurs conséquences pour les femmes

Pour les hommes comme pour les femmes, les risques pour la santé découlent d'un certain nombre de facteurs, y compris un comportement actif et à risque, un comportement passif qui nuit à la santé ou qui la mine, les antécédents familiaux et le cadre social et physique dans lequel hommes et femmes vivent.

Les suicides, les accidents de véhicules motorisés et autres types d'accidents sont responsables d'un plus grand nombre de jours de maladie et d'absence du travail et causent davantage de décès chez les hommes que chez les femmes.[20,21] Toutefois, les femmes comme les hommes prennent des risques d'autres types, notamment en ayant des relations sexuelles non protégées qui peuvent entraîner des MTS ou des grossesses non désirées ou en s'injectant des drogues par voie intraveineuse.

Les motivations du comportement à risque et ses conséquences diffèrent selon le sexe de la personne. Pour ce qui est du comportement sexuel, par exemple, il est généralement tenu pour acquis que les hommes s'affirment dans leur sexualité et que les femmes font preuve d'une

relative passivité. On estime qu'habituellement, les femmes sont responsables des moyens de contraception, mais elles peuvent parfois éprouver des difficultés à négocier des rapports sexuels protégés avec leur partenaire de sexe masculin. Il s'agit d'un facteur pertinent, par exemple, dans la compréhension de la transmission du VIH chez les femmes. Compte tenu des récentes statistiques selon lesquelles le taux de VIH augmente chez les femmes qui se soumettent au test,[22] nous devons en apprendre plus sur la dynamique des comportements à risque chez les femmes. Ces comportements sont parfois propres au sexe de la personne et ils changent à mesure que les rôles sociaux et la situation des femmes dans la société évoluent.

On a vu le taux de grossesse atteindre un point élevé en 1974, puis diminuer au milieu des années 1980. Il est à la hausse surtout chez les adolescentes de moins de 15 ans, dont le taux de grossesse est passé de 3,9/1 000 en 1987 à 5,1 en 1993 (p. 18).
Santé périnatale : Grossesses et taux, Canada 1974-1993, tableau 14B, Statistique Canada, 1996

De même, les femmes sont exposées à différents risques selon qu'elles ont telles ou telles caractéristiques biologiques et sociales. Par exemple, la menace d'ostéoporose chez les femmes âgées, combinée à une perte d'agilité et d'équilibre, est à l'origine d'un nombre élevé de fractures chez ces femmes, ce qui mène souvent à l'incapacité ou au décès.

La violence fondée sur le sexe est un facteur de risque pour beaucoup de femmes et a de vastes conséquences sur leur santé et le système de santé. Une étude menée par Statistique Canada en 1993 a révélé, qu'au cours de leur vie, la moitié des Canadiennes âgées de plus de 16 ans sont victimes d'au moins une agression physique ou sexuelle, telle que définie dans le *Code criminel* et que ce sont leurs partenaires masculins qui représentent les plus grands risques. La violence dans les fréquentations ainsi que la violence ou le harcèlement sexuel au travail et par les professionnels du système de santé ont tous été documentés dans des études récentes, tout comme l'a été le lourd fardeau financier que constitue la violence pour le système de santé.[23]

9 % des filles et 6 % des garçons de 12 à 14 ans sont des « fumeurs débutants ».
Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997, Le tabagisme chez les Canadiens, Santé Canada

Comme le prouvent les récentes statistiques sur le taux de mortalité attribuable au cancer du poumon chez les femmes, l'une des formes les plus tragiques de comportement à risque

élevé observable chez les femmes est le tabagisme. Le rythme auquel les adolescentes commencent à fumer est particulièrement alarmant.[24] Cette recrudescence du tabagisme chez les femmes n'annonce rien d'intéressant pour la santé des femmes de demain. Elle signifie qu'il faudra mieux se documenter et déployer de plus grands efforts pour rejoindre les adolescents des deux sexes. Une meilleure compréhension des différences entre les sexes et une intervention plus efficace sont essentielles à la réussite des efforts en ce sens.

La situation de certaines femmes fait que celles-ci ont difficilement accès aux mesures préventives ou négligent de prendre de telles mesures pour protéger leur santé. Les cas de cancer du col utérin envahissant sont fréquents chez les femmes qui n'ont jamais été examinées ou ne le sont pas régulièrement. *L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1996-1997* révèle que le taux de soumission au test de Papanicolaou varie en fonction de la situation économique. Chez les femmes de 18 ans et plus, le taux oscille entre 75 %, pour les femmes au revenu le plus faible, et 90 %, pour les femmes au revenu le plus élevé. Les femmes autochtones sont sur-représentées dans les statistiques sur le cancer du col utérin et constituent un groupe pour lequel des mesures spéciales s'imposent si l'on veut que les mesures préventives connues soient davantage utilisées.

L'inactivité physique est également un problème. Malgré les bienfaits de l'activité physique, les taux d'inactivité chez les femmes de tous âges sont élevés. Le système de santé doit apprendre comment inciter les femmes à adopter des comportements sains, en élaborant des démarches qui tiennent compte de leurs valeurs, de leurs habitudes de vie et de leurs rôles.

Les risques environnementaux et professionnels touchent de plus en plus les femmes. Les métiers qu'elles exercent tendent à les exposer à de longues heures d'inactivité, surtout en position assise, et à des microtraumatismes répétés. Par ailleurs, les femmes peuvent réagir différemment des hommes aux contaminants environnementaux. L'inquiétude que suscite le lien redouté entre les composés organochlorés et le cancer du sein en est un exemple.

5. Les différences entre les sexes en tant que déterminant de la santé

Santé Canada et les gouvernements provinciaux et territoriaux ont adopté une approche axée sur les

déterminants de la santé. Cette approche reconnaît l'existence de nombreux facteurs autres que les soins de santé qui ont une incidence sur l'état de santé d'une personne.

Les 12 déterminants de la santé que Santé Canada a relevés sont :

- le revenu et la situation sociale;
- l'emploi;
- la scolarité;
- l'environnement social;
- l'environnement physique;
- le développement sain de l'enfant;
- les pratiques personnelles liées à la santé et la capacité d'adaptation;
- les services de santé;
- les réseaux de soutien social;
- la constitution biologique et le patrimoine génétique;
- les différences sociales entre hommes et femmes;
- la culture.

En 1996, les enfants grandissant dans une famille monoparentale ayant une femme à sa tête étaient cinq fois plus susceptibles de vivre dans une situation de faible revenu que les enfants de famille biparentale (60,8 % des familles monoparentales ayant une femme à leur tête vivaient sur un faible revenu, comparativement à 11,8 % des familles biparentales). **Statistique Canada, 1997**

Ces déterminants sont très interactifs. Par exemple, le revenu, l'emploi et la scolarité sont interdépendants. Ils ont également d'importantes répercussions sur les autres déterminants tels que les environnements, le développement de l'enfant et les pratiques personnelles liées à la santé.

Les attributs sociaux des hommes et des femmes ont également une forte incidence sur tous les déterminants. Des écarts de salaire, un faible statut professionnel et la pauvreté sont des caractéristiques courantes qui ressortent de toute

analyse relative à la situation socio-économique des femmes.

Dans leur vie, les femmes âgées sont plus susceptibles d'être frappées par la pauvreté parce qu'elles n'ont jamais occupé d'emploi rémunéré ou ont participé au marché du travail de façon intermittente, ou encore touchent de maigres salaires assortis de peu d'avantages sociaux.[25]

L'assurance-maladie donne l'accès universel aux services médicaux et hospitaliers. Cependant, étant donné que les femmes, en tant que groupe, sont moins susceptibles que les hommes d'être employées à plein temps, elles sont moins susceptibles d'avoir accès à des services non assurés tels que les médicaments.

> *En 1993, la plupart des femmes âgées vivant seules ou avec des personnes non apparentées (56 %) avaient un faible revenu, en comparaison avec 38 % chez les hommes âgés seuls (p. 90).*
> Portrait statistique des femmes au Canada, troisième édition Statistique Canada, 1996

6. Les préjugés du système de santé

Comme la société en général, le système de santé tend à cantonner les hommes et les femmes dans des stéréotypes, fondés sur des attitudes et des rôles enracinés. Cette situation a eu une incidence sur les femmes, aussi bien en tant qu'utilisatrices du système de santé qu'en leur qualité de dispensatrices de soins, et ce de quatre façons : 1) une **étroitesse de vue**; 2) le fait d'ignorer ou de contourner la présence des femmes — une **exclusion** qui se traduit par un accès réduit aux ressources et à une sous-représentation, voire à une absence, dans les structures de gestion, dans les recherches et dans le matériel d'éducation; 3) le fait de **traiter les femmes de la même façon** que les hommes, lorsqu'il n'y a pas lieu de le faire; 4) le fait de **traiter les femmes différemment**, lorsqu'il n'y a pas lieu de le faire.

Étroitesse de vue

- La société et la biologie confèrent aux femmes le rôle traditionnel de mère et de porteuse d'enfants. Le système de santé a reflété cette réalité en se préoccupant de l'appareil reproducteur et plus particulièrement de la maternité. Le Canada en a retiré des avantages en étant l'un des pays au monde qui affiche les taux les plus bas de mortalité infantile et maternelle,[26, 27] mais la santé des femmes va au-delà de la reproduction. La pratique conventionnelle de la médecine, par opposition à une approche holistique, est

un autre exemple d'étroitesse de vue.

- L'étroitesse de vue du système de santé est également manifeste dans sa résistance à voir dans la santé quelque chose de plus que l'absence de maladie et dans sa tendance à limiter les interventions aux domaines médical et chirurgical. Certains fournisseurs de soins de santé font preuve aussi d'étroitesse de vue lorsqu'ils présument, par exemple, que toutes les femmes sont hétérosexuelles, ce qui augmente le niveau de malaise des lesbiennes et les incite à éviter le système ou à négliger les traitements.

Exclusion

- Les femmes sont sous-représentées dans les postes de décision, d'élaboration de politiques et d'éducation dans un grand nombre de segments du secteur de la santé. Certaines femmes sont doublement défavorisées à cet égard en raison de leur origine ethnique, de leur orientation sexuelle ou encore du fait qu'elles sont handicapées et donc moins susceptibles d'être admises à des rôles clés ou dans des secteurs clés du système de santé.

- Si les femmes sont bien représentées dans une profession, cette profession tend à être moins valorisée que celles où les hommes dominent. Généralement, les femmes sont sur-représentées dans les soins infirmiers et sous-représentées dans la plupart des spécialisations médicales, lesquelles jouent un rôle de sentinelle et sont les décisionnaires du domaine de la médecine.

- Dans un rapport paru en 1994, le Comité consultatif sur les questions des femmes dans le domaine de la recherche en santé du Conseil de recherches médicales estimait que seulement 5 % des fonds du Conseil consacrés à la recherche allaient spécialement à des projets sur des questions de santé intéressant les femmes. Les femmes sont également exclues de la recherche comme telle, ce qui crée des problèmes de validité et d'importantes lacunes dans la compréhension de nombreux aspects de la santé des femmes.

Traiter les femmes de la même façon (que les hommes)

- Le système de santé peut, à tort, traiter hommes et femmes de la même façon. Comme on l'a mentionné, des diagnostics erronés sont posés dans le cas de femmes atteintes d'une maladie cardiaque parce qu'on

s'attend à observer chez elles les mêmes symptômes que chez les hommes.

- Le rôle que jouent très souvent les femmes dans la famille, soit à titre de gardiennes de la santé de la famille ou de dispensatrices de soins primaires, les différencie des patients masculins et n'est pas toujours reconnu par les professionnels de la santé. Les femmes interagissent souvent avec le système de santé au nom de leur conjoint, de leurs enfants, de leurs parents ou d'autres personnes apparentées. C'est pourquoi les femmes peuvent avoir besoin de plus de temps et d'attention de la part du système, voire même d'une attention de nature différente.

- Chez les femmes, les sorties hâtives de l'hôpital peuvent avoir des conséquences différentes que chez les hommes et se produisent souvent sans que le système de santé comprenne que plus de femmes que d'hommes vivent seules ou sont susceptibles de retourner à une situation familiale dans laquelle elles sont les principales exécutantes des tâches ménagères et où elles ne disposent pas des services d'un prestataire de soins familiaux.

- Parce que les professionnels de la santé s'attendent souvent à ce que les femmes s'affirment aussi aisément que les hommes dans leur interaction avec le système de santé, ils ne les encouragent pas à participer aux décisions concernant les soins et le traitement. Dans des groupes de consultation sur la santé des femmes, les participantes ont affirmé qu'elles voulaient faire leurs propres choix quant aux examens médicaux, à la ligature des trompes et à leurs fonctions reproductrices, indépendamment de leur âge.[28]

- Dans certains cas, on réunira dans un même groupe de traitement des membres des deux sexes en dépit du fait que les femmes ont peut-être vécu des expériences différentes qui font qu'elles sont gênées ou se sentent menacées au sein d'un environnement mixte.

Au Canada, 43 % des femmes ont changé de médecin parce qu'elles étaient insatisfaites de la façon dont leur médecin les traitait. Quatre des six motifs les plus fréquemment invoqués avaient trait à « l'attitude du médecin ».
Enquête sur la santé, *Women's College Hospital*, mars 1995

Traiter les femmes différemment

- Les messages d'intérêt public visant la prévention des

grossesses non désirées ont renforcé les attitudes courantes attribuant aux jeunes femmes la plus lourde part du fardeau de la responsabilité. Il serait plus indiqué et pertinent de viser par ces messages à la fois les hommes et les femmes.

- Les femmes ont longtemps soutenu que les pourvoyeurs de soins de santé les traitent avec condescendance et font peu de cas de leurs plaintes. Tel que mentionné précédemment, le système de santé a aussi conféré à des processus de santé propres aux femmes le statut de pathologie, alors que leur état était tout simplement le fait d'un processus naturel en action.

- Les partis pris du système de santé ne s'adressent pas seulement aux utilisatrices mais aussi aux personnes qui dispensent des soins, rémunérées ou non. La profession d'infirmière, où les femmes prédominent, a longtemps eu à se battre pour obtenir la reconnaissance de son statut professionnel et la rémunération que ce statut commandait.

La *Stratégie pour la santé des femmes* s'emploiera à examiner ces partis pris et ces injustices en faisant en sorte qu'on ne se préoccupe plus exclusivement de maternité; en faisant la promotion d'une participation accrue des femmes au processus décisionnel; en mettant davantage en lumière les différences biologiques et sociales qui expliquent que dans certaines circonstances et pour des raisons déterminées, femmes et hommes ne soient pas traités de la même façon, et en proposant des améliorations; en encourageant le recours à des traitements comparables ou similaires, lorsqu'ils sont opportuns.

Il convient de préciser que le système de santé peut se montrer insensible aux besoins tant des hommes que des femmes. L'application de la *Stratégie pour la santé des femmes* n'a nullement pour effet de minimiser les difficultés que les hommes peuvent connaître ni de nier le fait que les hommes également ont des préoccupations qui leur sont propres en matière de santé, et qui sont liées à leurs différences biologiques et sociales.

La section qui suit décrit les principaux volets de la *Stratégie pour la santé des femmes*. La *Stratégie*, prise globalement, vise à répondre aux questions de santé qui affectent plus particulièrement les femmes, à remédier au rôle limité que celles-ci jouent dans le processus décisionnel, ainsi qu'aux lacunes en matière de recherche et d'éducation. Elle propose des processus et des méthodes qui tiendront compte des

besoins des femmes, besoins qui découlent de leurs particularités biologiques et de leurs particularités sociales.

III Principaux éléments de la Stratégie pour la santé des femmes

La *Stratégie pour la santé des femmes* est un plan et un cadre d'action intégré qui s'attaque aux principales questions de santé touchant les femmes. Elle regroupe les initiatives actuelles et nouvelles de Santé Canada. La *Stratégie* comporte sept principales caractéristiques : elle est équilibrée, respectueuse de la diversité, égalitaire, fondée sur des données probantes, cohérente, multisectorielle et dynamique.

Le but de la Stratégie pour la santé des femmes est d'améliorer la santé des femmes au Canada en faisant en sorte que le système de santé tienne davantage compte des femmes et de leur santé.

Pour atteindre ce but, nous avons fixé quatre grands objectifs qui devraient amener des changements dans la façon dont Santé Canada s'acquitte de ses principales responsabilités : rôles de leadership, de constitution de réseaux et de coordination; élaboration de politiques; activités de recherche, de surveillance et de collecte de données; fonctions de réglementation; prestation directe de services; promotion de la santé et prévention des maladies.

La *Stratégie* est *équilibrée;* elle comprendra tous les groupes d'âge, les aspects biomédical et social, les éléments de politique et de programme, la santé individuelle et la santé de la population, les femmes en tant que consommatrices de soins de santé et en tant que dispensatrices de soins, rémunérées ou non.

On reconnaît aussi la *diversité* des femmes et le fait qu'elles ne constituent pas un groupe homogène. Santé Canada est conscient que le patrimoine ethnoculturel, l'orientation sexuelle, le niveau de capacité physique et mentale et les caractéristiques démographiques influent sur la santé des femmes et sur leurs interactions avec le système de santé.

La *Stratégie pour la santé des femmes* est fondée sur une relation *égalitaire* entre les utilisatrices et les fournisseurs de services et reconnaît les femmes comme des partenaires dans l'élaboration de politiques et de services et dans la recherche.

La *Stratégie* est *fondée sur des données probantes*; elle s'appuie sur les préoccupations soulevées par des femmes et par le système de santé et sur des données et des résultats de recherche qui montrent les différences entre les questions de santé qui préoccupent les hommes et celles qui sont

particulières aux femmes.

Les stratégies qui sont mises en place pour les femmes et l'analyse des questions qui se rattachent à un domaine doivent être liées aux stratégies et à l'analyse des questions associées à d'autres domaines. Elles peuvent se renforcer mutuellement. La *Stratégie* sera donc *cohérente*.

La *Stratégie* est *multisectorielle*; on reconnaît que les facteurs sociaux et économiques jouent un rôle important dans la santé et le maintien de la santé, et que la participation de partenaires de nombreux secteurs, tant gouvernementaux que non gouvernementaux, est essentielle.

Enfin, la *Stratégie* est *dynamique*. Elle s'adaptera aux nouvelles questions et aux nouvelles connaissances.

La *Stratégie pour la santé des femmes* est principalement axée sur les politiques et programmes de Santé Canada et sur la mise en œuvre d'activités au Canada. Cependant, de temps à autre, Santé Canada travaillera en collaboration avec d'autres pays et des organismes internationaux sur des questions d'intérêt commun pouvant favoriser la santé des femmes au Canada et dans le monde entier.

Les pages suivantes présentent les quatre objectifs de la *Stratégie* et décrivent certaines des activités qui seront entreprises pour les réaliser.

Objectif 1: *Faire en sorte que les politiques et les programmes de Santé Canada tiennent compte des différences biologiques et sociales entre les sexes et répondent aux besoins des femmes en matière de santé*

> *Le gouvernement fédéral s'engage...à faire en sorte que toutes les mesures législatives et les politiques à venir comporteront, au besoin, une analyse visant à déterminer si elles peuvent avoir des répercussions différentes sur les femmes et les hommes (p. 19).*
> **À l'aube du XXI^e siècle : Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes, 1995**

Lorsque cet objectif sera atteint, le Ministère aura intégré entièrement les différences entre les sexes dans ses activités courantes. Cet objectif montre la détermination de Santé Canada à mener ses activités en tenant compte des besoins et des préoccupations des femmes. Pour soutenir cet objectif, on entreprendra un certain nombre d'initiatives :

1.1 Conformément à l'engagement pris dans le Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes, Santé Canada adoptera comme pratique générale d'assujettir à une analyse

comparative entre les sexes, ses programmes et ses politiques touchant certaines questions comme la modernisation du système de santé, la santé de la population, la gestion du risque, les services directs et la recherche.

1.2 On élaborera des outils, des méthodes et de la documentation de formation pour assurer la mise en oeuvre de cette analyse comparative dans l'ensemble du Ministère et pour aviser les cadres supérieurs des exigences de cette politique.

1.3 On tiendra compte des questions de santé qui concernent les femmes dans les exercices annuels de planification du Ministère.

1.4 Une perspective fondée sur les différences biologiques et sociales entre les hommes et les femmes éclairera Santé Canada dans sa façon de traiter les questions d'éthique, en tenant particulièrement compte de celles intéressant les femmes.

1.5 Lorsqu'on étudiera les demandes de subvention présentées à Santé Canada pour des projets de recherche ou des projets pilotes, l'un des critères sera l'inclusion de considérations sur les différences entre les sexes et les répercussions particulières sur les hommes et sur les femmes.

1.6 Les commissions ou les organes consultatifs qui relèvent du ministère de la Santé seront encouragés à se doter d'un nombre égal de femmes et d'hommes, ainsi qu'à inclure des personnes qui connaissent bien les questions relatives à la diversité et aux différences entre les sexes et qui sont sensibles à ces questions.

1.7 On consultera les organisations féminines et les organisations de santé qui s'intéressent à la santé des femmes, au sujet des principaux dossiers stratégiques.

1.8 On établira un plan pour favoriser la collaboration interministérielle en vue de fixer des objectifs et de mettre en place des initiatives qui porteront sur les facteurs socio-économiques liés à la santé des femmes.

1.9 On appliquera l'analyse comparative entre les sexes aux activités du Ministère visant les enfants, afin que les questions particulières aux filles et aux garçons soient prises en compte dans les politiques et les programmes.

1.10 On appliquera l'analyse comparative entre les sexes aux activités du Ministère relatives à la santé des aînés et à l'impact du système de santé sur les aînés.

1.11 L'Unité des services juridiques, appuyée par la spécialiste en matière d'égalité du ministère de la Justice affectée à Santé Canada, mettra en application un cadre d'analyse qui tient compte des différences entre les femmes et les hommes. Ce cadre portera sur le contentieux, la consultation juridique, les politiques législatives, les services législatifs, et les pratiques relatives aux programmes et à la gestion de Santé Canada.

Objectif 2 *Accroître la connaissance et la compréhension de la santé des femmes et des besoins des femmes en matière de santé*

La *Stratégie pour la santé des femmes* sera fondée sur des données probantes. Santé Canada joue un rôle important dans la collecte et l'analyse de données et le soutien d'un certain nombre de programmes et d'activités de recherche. Avec la *Stratégie pour la santé des femmes*, ces recherches seront davantage axées sur les questions de santé qui concernent les femmes. On veillera à diffuser les résultats des recherches sur une grande échelle, dans un langage simple et clair. Les activités suivantes permettront de réaliser l'objectif 2 :

2.1 Les cinq centres d'excellence pour la santé des femmes continueront à générer et à synthétiser de nouvelles connaissances sur la santé des femmes, particulièrement sur l'influence des déterminants de la santé, aux fins d'information du processus décisionnel.

2.2 L'impact de la réforme et de la restructuration de la santé sur les femmes et la santé des femmes sera l'un des principaux thèmes de recherche des centres d'excellence pour la santé des femmes.

2.3 On dressera un plan fédéral en matière de recherche afin de guider et de faciliter l'établissement des priorités pour les programmes de recherche financés par le gouvernement fédéral. On fera la promotion des questions de santé propres aux femmes durant la mise au point du concept des Instituts canadiens de recherche en santé. Un groupe consultatif national aidera à guider les travaux des centres et du Bureau pour la santé des femmes relativement à la recherche sur la santé des femmes.

2.4 Le Bureau pour la santé des femmes continuera de soutenir le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF), qui représente plus de 70 organismes ayant leur siège dans tous les territoires et les provinces. Il fournira une infrastructure de communications portant sur la santé des femmes au Canada.

2.5 Les deux initiatives conjointes du programme de coopération Canada-É.-U. sur la recherche et sur les centres et les réseaux d'information permettront, respectivement, aux deux pays de s'échanger les conclusions de recherches sur la santé des femmes et de relier le RCSF et le centre national américain d'information sur la santé des femmes.

2.6 On élaborera des indicateurs généraux de santé et d'utilisation afin de saisir les écarts entre les groupes d'âge et les sexes (au niveau de la dimension biologique et de la dimension sociale) et de tenir compte des douze déterminants de la santé retenus par Santé Canada. Le Bureau pour la santé des femmes travaillera avec les organismes de collecte de données sur la santé, y compris l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), en vue de corriger les préjugés méthodologiques à l'égard des sexes et de combler les lacunes de données. Un rapport sur la santé des femmes sera diffusé tous les quatre ans.

2.7 La politique sur l'inclusion des femmes dans les essais cliniques, annoncée en septembre 1996, fera l'objet d'une surveillance.

2.8 Dans le cadre de l'Initiative de lutte contre la violence familiale qui a été renouvelée récemment, Santé Canada soutiendra la recherche sur les conséquences de la violence faite aux femmes sur la santé. Les résultats de ces études seront diffusés par le Centre national d'information sur la violence dans la famille.

2.9 Par l'intermédiaire de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, un Fonds de recherche et d'évaluation des services pour le personnel infirmier (Fonds RESPI) sera créé afin d'appuyer la recherche sur les soins infirmiers, profession du domaine de la santé où les femmes sont largement dominantes.

2.10 On encouragera la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, créée pour injecter des ressources substantielles dans la recherche en services de santé au Canada, à accorder une grande priorité aux questions de santé des femmes.

2.11 On appuiera les recherches approfondies sur certaines questions de santé de grande importance pour les femmes, à savoir : les causes du cancer du sein, notamment les préoccupations environnementales; les maladies chroniques; la santé mentale, notamment l'estime de soi chez la petite fille; les obstacles à l'utilisation des services, notamment la diversité et les questions socio-économiques.

2.12 On accélérera la recherche dans le domaine des soins de santé parallèles et d'appoint; on évaluera les risques et les avantages que présente la prestation de soins par des intervenants des médecines parallèles.

2.13 Durant l'établissement des centres d'excellence pour la santé et le bien-être des enfants, Santé Canada veillera à ce que les différences entre les femmes et les hommes soient prises en compte.

Objectif 3 ***Soutenir la prestation aux femmes de services de santé appropriés et efficaces***

Santé Canada fournit un soutien aux groupes et aux secteurs de compétence qui ont la responsabilité directe de la prestation des services de santé. Le Ministère est responsable de l'interprétation et de l'application de la *Loi canadienne sur la santé*, dont les principes constituent le cadre du système canadien de soins de santé financé par l'État. En plus de chercher à enrichir les connaissances, comme il est mentionné à la section « Objectif 2 », le gouvernement fédéral assume aussi un rôle de leadership et de soutien dans la sensibilisation du public, l'élaboration de pratiques en matière de santé et la préparation de matériel d'éducation. De plus, il offre ou finance des services de santé destinés aux Premières nations et aux Inuit. La *Stratégie pour la santé des femmes* favorisera la réalisation d'un large éventail d'activités dans ces domaines :

3.1 Dans le cadre du mandat gouvernemental d'interprétation et d'application de la *Loi canadienne sur la santé*, on tiendra compte des besoins particuliers des femmes en veillant à ce que les effets des interprétations ou des changements de politique sur les femmes soient pleinement évalués.

3.2 Santé Canada intégrera une analyse d'impact comparative sur les femmes et sur les hommes dans sa contribution à l'élaboration des cadres d'imputabilité du système de santé.

3.3 Santé Canada effectuera une analyse comparative des

impacts de la modernisation et de l'expansion du système de santé sur les femmes et sur les hommes.

3.4 On portera attention aux questions d'accès, notamment à l'accès aux services de santé pour les femmes défavorisées sur ce plan par suite d'obstacles sociaux, géographiques ou économiques.

3.5 On créera des outils modèles dans le but d'aider les éducateurs, les fournisseurs de services et les planificateurs à appliquer à leur travail une analyse comparative entre les sexes.

3.6 On explorera de nouvelles méthodes pour le remboursement des honoraires des professionnels de la santé, en vue de réduire les incitatifs à la prestation non appropriée de services.

3.7 On surveillera les effets de la restructuration du système de santé sur les femmes et sur le rôle qu'elles jouent à titres de bénévoles ou d'employées rémunérées, en prêtant une attention particulière aux questions suivantes : l'attrition, la perte de l'emploi, le recyclage, le milieu de travail, la capacité de dispenser des soins de qualité, la privatisation et le transfert de responsabilité aux bénévoles et aux membres de la famille.

3.8 Santé Canada recherchera l'apport et la participation des femmes autochtones pour l'élaboration de ses programmes afin de renforcer les soins à domicile et les soins communautaires et de mettre en place des systèmes d'information sur la santé dans les communautés des Premières nations.

3.9 On continuera de réglementer efficacement les nouvelles techniques de reproduction et de génétique dans le but de protéger les femmes et leur dignité. On intensifiera la surveillance post-commercialisation et la surveillance à long terme des inducteurs de l'ovulation.

3.10 Des systèmes efficaces de surveillance post-commercialisation et de contrôle des effets indésirables, qui protégeront la santé des femmes, seront instaurés.

3.11 Santé Canada continuera à encourager la participation des femmes autochtones à ses négociations d'accords de transfert en matière de santé avec les Premières nations, conformément à la politique fédérale sur le droit inhérent des Autochtones à l'autonomie gouvernementale.

3.12 Le programme de coopération entre le Canada et les États Unis sur le cancer du sein accordera un soutien aux personnes chargées d'élaborer des politiques, aux chercheurs, aux fournisseurs de services et aux défenseurs de la cause des femmes en encourageant l'échange des expériences et des compétences.

3.13 Étant donné la sur-représentation des femmes dans les statistiques sur la santé mentale, une attention accrue sera accordée aux problèmes de santé mentale chez les femmes, lesquels touchent surtout les adolescentes et les aînées. L'étude des troubles de l'alimentation et l'évaluation de l'importance des interventions en santé mentale dans les soins primaires sont des exemples de travaux à effectuer en ce domaine.

3.14 On veillera à la promotion de modèles efficaces de soins pour les femmes âgées en vue d'aborder les questions de la fin de la vie et du recours excessif au placement en établissement, et pour appuyer la prestation de soins à domicile et de soins palliatifs.

3.15 On maintiendra la collaboration avec les autres ministères fédéraux et les organismes de fournisseurs de services de santé, en vue de sensibiliser les professionnels de la santé et les autres praticiens au problème de la mutilation des organes génitaux de la femme.

3.16 On poursuivra les efforts déployés pour éduquer les professionnels de la santé et les femmes elles-mêmes en vue de réduire la prescription excessive et la surconsommation de médicaments.

3.17 En collaboration avec les professionnels de la santé et d'autres partenaires, on fera la promotion de la prise de décision éclairée par l'utilisation accrue d'outils comme le *Guide canadien de médecine clinique préventive*.

3.18 On appuiera la création de modèles de pratiques exemplaires afin de mieux prendre en charge certaines questions comme la violence, l'avortement et la santé mentale.

3.19 On élaborera des modèles d'acquisition de compétences pour appuyer la présence accrue des femmes aux postes de décision et pour préparer ces dernières à défendre efficacement leur cause et à être représentées au sein des conseils, des comités et du système de santé en général.

3.20 En réponse au rapport du Comité consultatif sur les infrastructures, les consultations ministérielles et les activités de suivi tiendront compte des besoins et préoccupations des femmes.

3.21 Le Ministère continuera à diriger et à coordonner l'Initiative de lutte contre la violence familiale) initiative pluriministérielle), laquelle conservera parmi ses priorités l'élimination de la violence envers les femmes.

Objectif 4 ***Promouvoir la santé par des mesures de prévention et la réduction des facteurs de risque qui compromettent le plus la santé des femmes***

Santé Canada doit, de par son mandat, atteindre les personnes avant qu'elles n'adoptent un mode de vie nocif pour leur santé, et les aider à éviter les situations, les comportements et les produits à risque élevé qui mènent à des problèmes de santé et à la maladie. La *Stratégie pour la santé des femmes* comporte un certain nombre de mesures qui permettront d'atteindre cet objectif :

4.1 Santé Canada sera plus proactif afin de s'assurer que les femmes aient accès à des médicaments, à des interventions médicales et à des matériels médicaux sûrs et efficaces.

4.2 On renforcera le Système canadien de surveillance périnatale, qui doit permettre de promouvoir la prestation efficace et efficiente de soins durant la grossesse et la période néonatale.

4.3 On entreprendra des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies en vue de réduire les taux de morbidité et de mortalité liés au cancer du col utérin grâce à un dépistage de plus grande envergure.

4.4 Dans le cadre de ses efforts visant à promouvoir davantage l'accessibilité et la qualité accrues du dépistage du cancer du sein, Santé Canada continuera d'œuvrer avec les provinces et les territoires pour favoriser l'établissement de programmes de dépistage et veillera à ce que les mammographies soient effectuées correctement grâce aux dispositions législatives de la *Loi sur les dispositifs émettant des radiations* et à l'élaboration d'une norme nationale sur l'installation et l'utilisation de l'équipement de diagnostic.

4.5 Des projets de promotion de la santé seront mis sur pied pour lutter contre l'inactivité et favoriser la vie active et la bonne condition physique chez les femmes de tous âges.

4.6 On appuiera des programmes de prévention à l'intention des femmes exposées au risque de contracter le VIH/sida, en collaboration avec les groupes communautaires, les organisations nationales de santé publique et les organisations professionnelles.

4.7 Des activités de prévention porteront expressément sur la réduction des dangers environnementaux qui menacent la santé des femmes. Santé Canada accélérera la détection et l'évaluation des substances anciennes et nouvelles, améliorera la gestion et le contrôle des substances toxiques et surveillera les progrès.

4.8 On se penchera également sur la réduction des risques que le milieu de travail peut présenter pour la santé physique et psychologique et le bien-être des femmes.

4.9 Grâce à des initiatives comme le programme de coopération Canada-É.-U. pour la lutte contre le tabagisme chez les jeunes femmes et les filles, Santé Canada continuera d'appuyer des activités de promotion de la santé et de documenter les tendances et les effets de la réglementation sur les comportements en matière de tabagisme.

4.10 On entreprendra le relevé et la diffusion des meilleures pratiques de prévention, d'abandon et de protection relativement au tabagisme chez les filles et les jeunes femmes. La production de connaissances, la formation et la diffusion en ce qui concerne les meilleures pratiques d'intervention face à des problèmes comme le tabagisme chez les mères, le retour au tabagisme après l'accouchement, le tabagisme chez les filles et les jeunes femmes, et l'exposition des enfants à la fumée secondaire de tabac, sont parmi les initiatives qui seront mises en œuvre.

4.11 On encouragera les valeurs de l'initiative *L'École avant tout* et les modes de vie sains chez les jeunes Autochtones, surtout chez les filles qui, plus tard à l'âge adulte, joueront un rôle important pour la santé de leur collectivité.

4.12 On encouragera les travaux qui visent à assurer un milieu favorable aux enfants, aux jeunes, aux familles et aux aînés, dans un cadre préconisant l'égalité entre les sexes.

4.13 On entreprendra des activités de promotion de la santé visant à réduire le nombre de grossesses chez les adolescentes, dans un contexte de référence aux déterminants de la santé.

4.14 On mettra au point de l'information et des pratiques exemplaires afin d'aider les familles, en particulier les femmes, à concilier les obligations professionnelles et familiales et à composer avec le stress né de ces doubles obligations.

4.15 Santé Canada entreprendra des travaux pour lutter contre plusieurs grands problèmes chroniques de santé chez les femmes :

- une stratégie nationale coordonnée sera mise en place en vue de promouvoir la santé cardiovasculaire et de prévenir les maladies du cœur chez les Canadiennes;
- on élaborera, en partenariat avec la Société de l'ostéoporose du Canada, un guide de prévention à l'intention des femmes;
- la Stratégie canadienne de prévention et de contrôle du diabète et l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones répondront aux besoins et aux préoccupations des femmes en matière de prévention et de contrôle du diabète, d'éducation, de soins et traitements, et de surveillance.

4.16 Afin de faciliter l'application de directives nationales de nutrition pour la santé maternelle et infantile, et de promouvoir la santé nutritionnelle des femmes grâce à une alimentation saine et à de bons choix alimentaires, on mettra en place un système amélioré d'étiquetage nutritionnel et on entreprendra des activités d'éducation publique.

4.17 Santé Canada modernisera et renforcera le programme fédéral de salubrité des aliments en prenant de nouvelles mesures pour améliorer les systèmes de surveillance, accroître la capacité scientifique et intensifier ses activités de réglementation.

4.18 Santé Canada offrira un appui supplémentaire aux communautés des Premières nations et aux communautés inuites, de même qu'à des communautés non autochtones, afin d'améliorer la santé et la nutrition prénatales et, de ce fait, de réduire la haute mortalité infantile et les issues de grossesse négatives.

4.19 Le rôle des médias dans la socialisation des enfants et des jeunes étant reconnu, Santé Canada continuera à appuyer la sensibilisation aux médias et l'acquisition de compétences médiatiques par les consommateurs par la

mise en œuvre de stratégies et la diffusion des meilleures pratiques, afin de mieux sensibiliser les filles et les jeunes femmes aux médias et de les aider ainsi à faire des choix plus sains en matière de mode de vie.

IV Conclusion

L'élaboration de la *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada* a reposé sur des données statistiques et des questions définies et soulevées dans la documentation ainsi que dans des rapports présentés par des associations féminines et des organismes du domaine de la santé. L'initiative sera améliorée et élargie en fonction des recommandations formulées lors des ateliers du Forum du Canada et des États-Unis sur la santé des femmes, en fonction des nouvelles tendances et des nouvelles connaissances et en fonction des consultations organisées à l'occasion par Santé Canada.

En juin 2000, l'Assemblée générale des Nations Unies tiendra une séance spéciale sur l'égalité des femmes en vue de faire le bilan des progrès réalisés par les pays participants depuis la mise en œuvre du Programme d'action de Beijing de 1995. La réunion doit permettre aussi aux pays participants de proposer une vision pour les années à venir. La stratégie de Santé Canada pour la promotion de la santé des femmes contribuera à donner forme à la vision du Canada.

Glossaire

Dimension biologique du mot "sexe" — La dimension biologique renvoie à l'ensemble des caractéristiques biologiques comme l'anatomie (p. ex., la taille et la conformation corporelles) et la physiologie (p. ex., l'activité hormonale et le fonctionnement des organes). Ces caractéristiques diffèrent chez les hommes et les femmes et il faudrait que le système de soins de santé en tienne compte, ce qui n'a pas été fait souvent jusqu'à présent. Mentionnons à titre d'exemple le fait que les prothèses, dispositifs ou instruments médicaux, comme les articulations coxofémorales artificielles et les instruments servant à effectuer les angioplasties, ont été conçus en fonction du corps de l'homme, et que l'on s'attendait à ce qu'ils conviennent à celui de la femme. Lorsqu'on parle des deux grands groupes de l'espèce humaine (les hommes et les femmes), on utilise l'expression « sexes » (p. ex., les essais cliniques comprennent les deux sexes).

> ***Il semblerait que l'expérience d'une position sociale donnée doit être différente pour les hommes et pour les femmes, et ce, de façon telle qu'il est impossible d'en rendre compte par les simples mesures de la classe, du revenu du ménage, de l'état civil et de l'emploi.***[29]

Dimension sociale du mot "sexe" — La dimension sociale renvoie à l'ensemble des rôles, des traits de personnalité, des attitudes, des comportements et des valeurs socialement déterminés, de même qu'aux pouvoirs et aux influences relatifs que la société attribue aux deux sexes sur une base différentielle. Les questions de santé, ainsi que les pratiques du système sanitaire et les priorités qu'il identifie, sont fonction de normes sexuées, c-à-d. fondées sur les différences sociales entre femmes et hommes. Par exemple, les femmes sont plus susceptibles de faire l'objet de violence sexuelle ou physique fondée sur le sexe, d'avoir de faibles revenus, d'être monoparentales, d'être exposées à certains risques et menaces pour la santé (p. ex., accidents, MTS, suicide, tabagisme, abus de substances, médicaments de prescription, inactivité physique); souvent ces questions sont abordées sans tenir compte des différences sociales entre les femmes et les hommes. L'adoption de mesures visant à éliminer les inégalités et les partis pris fondés sur le sexe au sein et à l'extérieur du système de santé améliorera la santé de la population.

N.B. Les caractéristiques biologiques influent sur les caractéristiques sociales et vice versa. Par exemple, les rôles attribués traditionnellement aux sexes influent sur la nature et la portée de la violence entre les hommes et les femmes, mais les différences entre les sexes pèsent également dans la balance, car les femmes sont habituellement plus petites et moins fortes physiquement que les hommes. Les dimensions sociale et biologique agissent l'une sur l'autre.

Analyse comparative entre les sexes — Ce processus consiste à examiner les politiques et les programmes pour en évaluer les répercussions réelles ou possibles sur les hommes et sur les femmes.

> ***Certains des secrets les mieux gardés de la longévité et de la bonne santé se trouvent dans les conditions sociales, économiques et culturelles***[30]

L'analyse comparative entre les sexes est une approche fondée sur des données probantes qui mène à l'élaboration de programmes et de politiques non discriminatoires à l'égard du sexe, compris dans sa dimension sociale ou biologique. Elle permet de faire en sorte que les circonstances économiques, politiques, sociales et biologiques particulières aux filles et aux garçons, ou aux femmes et aux hommes, soient prises en compte. Elle met en évidence certains problèmes comme la sous-représentation des femmes dans le processus décisionnel ou l'absence des femmes dans le domaine de la recherche. De la même façon, elle peut mettre

en lumière un déséquilibre dans le traitement des questions de santé qui touchent les hommes.

Santé de la population — Le document intitulé « *Stratégies d'amélioration de la santé de la population — Investir dans la santé des Canadiens* » définit la santé de la population comme une approche axée sur l'amélioration de la santé de la population, qui diffère des approches traditionnelles axées sur les soins médicaux et les soins de santé de deux façons : (1) une stratégie d'amélioration de la santé de la population s'intéresse à tous les déterminants de la santé, alors que l'approche traditionnelle axée sur les soins de santé met l'accent sur les facteurs de risque et les éléments cliniques particuliers aux diverses maladies. La santé n'est pas seulement déterminée par le type de soins et de services fournis, mais également par des facteurs sociaux et économiques comme la situation sociale, le revenu, le niveau d'instruction, le développement durant l'enfance et les soutiens sociaux, lesquels sont couramment désignés « déterminants de la santé »; (2) les soins de santé s'appliquent à une personne à la fois, habituellement à une personne qui a déjà un problème de santé ou qui court fortement le risque d'en avoir un. Les stratégies d'amélioration de la santé de la population s'appliquent à une population entière.

Références

1. Statistique Canada. *Conjoncture démographique : Rapport sur l'état de la population au Canada, 1997*, n° de catalogue 91-209-XPF, juin 1998.

2. Kathryn Wilkins. « Causes de décès », *Tendances sociales canadiennes*, Statistique Canada, été 1996.

3. Institut national du cancer du Canada. *Statistiques canadiennes sur le cancer*, 1997, n° de catalogue 82F000088-XPF, tableau 10.

4. *Ibid.*, p. 65.

5. Statistique Canada. *Indicateurs sur la santé*, *loc. cit.*, n° de catalogue 91-209 XPF, p. 77.

6. Vivienne Walters, Rhonda Lenton et Marie Mckeary. *La santé des femmes dans le contexte de la vie des femmes*, Santé Canada, 1995, p.6.

7. Santé Canada. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes, Annexes techniques*, p. 327. (Source : Statistique Canada, Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995.)

8. Karen Pugliese. « Women and Mental Health: Two Traditions of Feminist Research », *Women and Health*, vol. 19, n^{os} 2 et 3, 1992, p. 44.

9. Des données de Statistique Canada révèlent que dans tous les groupes d'âge, la prévalence de la dépression est plus élevée chez les filles et chez les femmes. (Source : *Enquête nationale sur la santé de la population*, Statistique Canada, site Web : http:/www.statcan.ca).

10. Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme. *J'ai des choses à dire... écoutez-moi! Sondage auprès des adolescentes du Canada*, mars 1992, p. 14, 15 et 89.

11. Santé Canada. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes. Annexes techniques, loc. cit.*, p. 323 (fondé sur les *Indicateurs sur la santé*, Statistique Canada, 1994).

12. Santé Canada. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes. Annexes techniques, loc. cit.*, p. 363.

13. Santé Canada. *Un effort conjoint pour la santé mentale des femmes*, 1993, p. 36.

14. M. Irwin. « Stress-Induced Immune Supression. Role of the Autonomic Nervous System », *Annals of New York Academy of Sciences.*, 697: 203-18, 1993.

15. I. Broverman, D. Broverman, P. Clarkson, P. Rosinkrantz, et S. Vogel. « Sex-Role Stereotypes and Clinical Judgments of Mental Health », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34, 1970, p. 1-7 (cité dans Anne Oakley, *Essays on Women, Medicine and Health*, Edinburgh University Press, 1993, p. 25).

16. Vivienne Walters et al. *La santé des femmes dans le contexte de la vie des femmes, loc. cit.*, p. 5.

17. Santé Canada. *Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes. Annexes techniques, loc. cit.*, p. 350.

18. L'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 signale que chez les 12 à 14 ans, 27 % des filles et 14 % des garçons ont indiqué qu'ils tentaient de perdre du poids.

19. Selon le *National Eating Disorder Information Centre* (créé en 1995), au Canada, de 80 à 90 % des femmes sont insatisfaites de leur image et 66 % d'entre elles ont « éprouvé » des problèmes de boulimie. Il est particulièrement déroutant de constater que plus de la moitié des jeunes filles de quatrième année considèrent avoir un excédent de poids et un grand nombre parmi elles suivent un régime d'amincissement (chez les filles de neuf ans, le taux est de 50 %, chez celles de dix ans, il est de plus de 80 %), selon la faculté des sciences infirmières de l'UNB (4 février 1996).

20. Kathryn Wilkins. *loc. cit.*, p. 15.

21. Karen Messing, *Women's Occupational Health: A Critical Review and Discussion of Current Issues*, document commandé pour le Forum du Canada et des États-Unis sur la santé des femmes, août 1996, p. 7, par. 34.

22. *Le VIH et le sida au Canada : Rapport de surveillance en date du 30 juin 1998*, Laboratoire de lutte contre la maladie, novembre 1998, p. 1.

23. Kinnon, D. et Hanvey, L. *Health Aspects of Violence Against Women*, document commandé pour le Forum du Canada et des États-Unis sur la santé des femmes, août 1996.

24. Santé Canada. *Enquête sur le tabagisme chez les jeunes*, 1996, feuillet de renseignements n° 1, p. 1.

25. Statistique Canada. *Portrait statistique des femmes au Canada*, troisième édition, 1995, p. 90.

26. UNICEF. *Le progrès des nations*, 1996, p. 8 et 9.

27. OCDE. *Les Systèmes de santé des pays de l'OCDE : Faits et tendances*, 1993.

28. Santé Canada. *La santé des femmes au Canada : les femmes se prononcent. Résumé des travaux des groupes de consultation sur les questions de santé des*

femmes du Canada, 1996.

29. Jennie Popay et al. « Gender Inequalities in Health: Social Position, Affective Disorders and Minor Physical Morbidity », *Social Science and Medecine*, vol. 36, n° 1, 1993, p. 31.

30. Robert G. Evans, Morris L. Barer & Theodore R. Marmor, *Why Are Some People Healthy and Others Not?*, Aldine de Gruyter, New York, 1994, p. 322

Mise à jour : 17 juillet 2000 **Avis importants**